


les
DOSSIERS
de DCEM

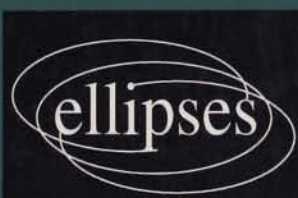
Hervé Bozec
Luc Chikhani

ORL STOMATOLOGIE



dossiers originaux, annales
et dossiers transversaux
corrigés et commentés

iconographie
et grilles de correction



AVANT-PROPOS

La réussite à l'examen national classant du second cycle des études médicales est le résultat de connaissances théoriques et pratiques solides associées à un entraînement régulier à l'épreuve. Les ouvrages de la collection « les dossiers du DCEM » cherchent à concilier ce double objectif.

Les groupes d'auteurs, spécialistes dans leur discipline, se composent d'hospitalo-universitaires confirmés et de jeunes praticiens. Les dossiers associent cas cliniques originaux et dossiers d'annales. Les dossiers originaux regroupent l'ensemble des questions de la spécialité tout en introduisant des dossiers transversaux, dans l'esprit du nouveau programme. Une correction avec un barème sur 100 points pour chaque dossier permet une auto-évaluation efficace. Des dossiers ont en outre été sélectionnés dans les sujets d'annales posés à l'Internat pour leur caractère classique ou récurrent, ou bien parce qu'ils font appel à des notions plus inhabituelles. Pour chacun, une proposition de correction et de barème vous permet de vous mettre dans les conditions de l'examen.

Enfin, chaque dossier est complété par un commentaire des auteurs : courte mise au point, rappel de cours, notion scientifique nouvelle avec d'éventuelles références bibliographiques, ou simple commentaire sur les pièges et embûches du dossier, vous permettront de compléter vos connaissances sur le sujet proposé.

Bonne réussite à tous.

PROGRAMME

MODULE 3. MATURATION ET VULNÉRABILITÉ

- Question n° 33. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires. Médecine scolaire. Mortalité et morbidité infantile
- Question n° 35. Développement buccodentaire et anomalies

MODULE 5. VIEILLISSEMENT

- Question n° 60. Déficit neuro-sensoriel chez le sujet âgé

MODULE 7. SANTÉ ET ENVIRONNEMENT – MALADIES TRANSMISSIBLES

- Question n° 77. Angines et pharyngites de l'enfant et de l'adulte
- Question n° 90. Infections naso-sinusiennes de l'enfant et de l'adulte
- Question n° 98. Otagies et otites chez l'enfant et l'adulte
- Question n° 105. Surveillance des porteurs de valve et de prothèse vasculaire

MODULE 10. CANCÉROLOGIE – ONCOHÉMATOLOGIE

- Question n° 145. Tumeurs de la cavité buccale et des voies aéro-digestives supérieures

MODULE 11. SYNTHÈSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE – DE LA PLAINTÉ DU PATIENT À LA DÉCISION THÉRAPEUTIQUE – URGENCES

- Question n° 198. Dyspnée aiguë et chronique
- Question n° 201. Évaluation de la gravité et recherche des complications précoces chez un traumatisé crano-facial





































DEUXIÈME PARTIE : MALADIES ET GRANDS SYNDROMES













- Question n° 241. Goitre et nodule thyroïdien
- Question n° 256. Lésions dentaires et gingivales
- Question n° 270. Pathologie des glandes salivaires

TROISIÈME PARTIE : ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

- Question n° 291. Adénopathie superficielle
- Question n° 294. Altération de la fonction auditive
- Question n° 308. Dysphagie
- Question n° 313. Épistaxis (avec le traitement)
- Question n° 326. Paralysie faciale
- Question n° 337. Trouble aiguë de la parole. Dysphonie
- Question n° 344. Vertige (avec le traitement)

TABLE DES MATIÈRES (À COMPLÉTER)

Dossier 1		9
Dossier 2		13
Dossier 3		17
Dossier 4		21
Dossier 5		25
Dossier 6		29
Dossier 7		35
Dossier 8		39
Dossier 9		43
Dossier 10		47
Dossier 11		53
Dossier 12		57
Dossier 13		61
Dossier 14		65
Dossier 15		69
Dossier 16		73
Dossier 17		77
Dossier 18		81
Dossier 19		87
Dossier 20		91
Dossier 21		95
Dossier 22		101
Dossier 23		105
Dossier 24		111
Dossier 25		115
Dossier 26		119
Dossier 27		125
Dossier 28		129
Dossier 29		133
Dossier 30		137
Dossier 31		141
Dossier 32		145
Dossier 33		149
Dossier 34		155
Dossier 35		161
Dossier 36		169

Dossier 37		173
Dossier 38		177
Dossier 39		185
Dossier 40		191
Dossier 41		195
<i>Dossier ECN - 2004</i>		
Dossier 42		201
Dossier 43		205
Dossier 44		209
Dossier 45		213
Dossier 46		217
Dossier 47		221
Dossier 48		225

Mr G., 83 ans, vous est adressé par son médecin généraliste pour la découverte récente d'une tuméfaction parotidienne droite.

Ses principaux antécédents sont les suivants : arthrose des membres inférieurs, hypercholestérolémie traitée par TAHOR® et mélanome temporal droit traité chirurgicalement il y a 9 mois.

Le patient décrit qu'une boule est apparue il y a 3 mois environ, par moment douloureuse et que depuis 1 mois, il a un larmoiement constant à droite et des fuites salivaires quand il mange.

Votre examen physique rend compte d'une tuméfaction fortement suspecte d'être maligne.

-
- Question 1** Quels sont les caractères cliniques d'une tuméfaction parotidienne la faisant suspecter d'être maligne ?
- Question 2** Quels sont les types histologiques de cancer que l'on peut s'attendre à trouver chez ce patient ?
- Question 3** Est-ce qu'une cytoponction à l'aiguille fine est indiquée ? Pourquoi ?
- Question 4** Quel bilan d'imagerie est à effectuer ?
- Question 5** En considérant qu'il s'agit d'une tumeur primitive, quel geste chirurgical est à réaliser ?
- Question 6** Sur quels éléments anatomopathologiques se porte l'indication d'une radiothérapie adjuvante ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

23 points

Quels sont les caractères cliniques d'une tuméfaction parotidienne la faisant suspecter d'être maligne ?

- Âge > 70 ans2 points
- Caractéristiques palpatoires de la tuméfaction :2 points
 - o consistance dure voire pierreuse3 points
 - o fixité par rapport aux plans superficiel et profond3 points
- Parésie faciale3 points
- Adénopathies cervicales (aires II et III)3 points
- Douleur3 points
- Rapidité d'évolution3 points
- Sang au niveau de l'orifice du Sténon1 point

Question 2

21 points

Quels sont les types histologiques de cancer que l'on peut s'attendre à trouver chez ce patient ?

- Tumeurs primitives :2 points
 - o carcinome muco-épidermoïde3 points
 - o carcinome adénoïde kystique (= cylindrome)3 points
 - o adénocarcinome3 points
 - o lymphome3 points
- Tumeurs secondaires :2 points
 - o mélanome temporal3 points
 - o carcinome cutané de la tête passé inaperçu2 points

Question 3

12 points

Est-ce qu'une cytoponction à l'aiguille fine est indiquée ? Pourquoi ?

- Non4 points
- Devant :
 - o la forte suspicion du caractère malin de la tumeur4 points
 - o le risque de dissémination tumorale4 points

Question 4

10 points

Quel bilan d'imagerie est à effectuer ?

- Bilan d'imagerie : IRM cervicofaciale4 points
 - o valeur diagnostique (hypo signal en T2, signal très hétérogène, contours irréguliers, infiltration adjacente)3 points
 - o Valeur topographique (rapports anatomiques avec les axes vasculaires et nerveux, degré d'extension)3 points

Question 5

16 points

En considérant qu'il s'agit d'une tumeur primitive, quel geste chirurgical est à réaliser ?

- Parotidectomie totale :5 points
 - o avec sacrifice du nerf facial3 points
 - o et évidement ganglionnaire latéro cervical
systématique3 points
 - o des zones II et III avec examen histologique
extemporané3 points
- En cas de positivité, compléter le geste en réalisant
un évidement ganglionnaire conservateur
des zones I, IV et V2 points

Question 6

18 points

Sur quels éléments anatomopathologiques se porte l'indication d'une radiothérapie adjuvante ?

- Tumeur de haut grade de malignité.....3 points
- Limites d'exérèse chirurgicale envahies.....3 points
- Marges d'exérèse inframillimétriques.....3 points
- Extension tumorale extraglandulaire.....3 points
- Envahissement ganglionnaire3 points
- Envahissement périneural3 points

COMMENTAIRES

Les cancers de la parotide sont moins fréquents que les tumeurs bénignes mais il semble que leur incidence soit sous-estimée. Ils représenteraient 10 à 30 % des tumeurs parotidiennes.

Ils sont d'autant plus fréquents que l'âge du patient est élevé.

Dans 70 % des cas, il n'existe aucun signe clinique pouvant faire suspecter la nature maligne de la tumeur, c'est dire l'importance des examens complémentaires.

Le type histologique le plus fréquent est le carcinome muco-épidermoïde.

Le carcinome adénoïde kystique est beaucoup plus fréquent dans les glandes salivaires accessoires.

La cytoponction à l'aiguille fine a pour principal but de différencier la nature bénigne ou maligne d'une tumeur parotidienne, but régulièrement atteint par un opérateur entraîné.

L'IRM a une valeur diagnostique de malignité/bénignité proche de celle de la cytoponction. Elle n'est ni invasive, ni opérateur dépendant.

Le traitement est essentiellement chirurgical. La chimiothérapie n'a aucune place actuellement.

Le petit Jonathan, 7 ans, présente depuis 1 mois une otorrhée de l'oreille droite après une période initiale de 5 jours durant laquelle il présentait une rhinopharyngite fébrile associée à une otalgie droite. Déjà, à l'âge de 2-3 ans, il était sujet à des otites à répétition ayant nécessité antibiotiques sur antibiotiques et, à de rares fois, des paracentèses.

Aujourd'hui, il présente un examen rhinopharyngé et général sans particularité. L'otoscopie montre du côté gauche une poche de rétraction postéro supérieure dont on voit le fond et du côté droit, après aspiration de l'otorrhée fétide, un polype pré tympanique sous lequel viennent descendre des squames épidermiques suspectes.

Par ailleurs, il présente un retard au clignement du côté droit. L'épreuve de Weber montre une perception sonore du côté gauche, celle de Rinne montre une perception aérienne moins bonne que la perception vibratoire sur les 2 oreilles. Cette constatation amène la mère à parler du retard de langage important dont est atteint Jonathan, retard suivi par une orthophoniste.

-
- Question 1** Quelle faute a été réalisée lors de cet examen clinique ?
- Question 2** Que faut-il alors faire ? Pourquoi ?
- Question 3** Quel type de surdité présente Jonathan ?
- Question 4** Quel est le diagnostic de l'oreille droite ?
- Question 5** Quelle est l'attitude thérapeutique à avoir rapidement ?
- Question 6** Quel bilan est à prévoir, également rapidement ?
- Question 7** Quel est le traitement curatif de cette pathologie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

15 points

Quelle faute a été réalisée lors de cet examen clinique ?

- Aspiration de l'otorrhée : 10 points
 - o empêchant tout prélèvement à visée bactériologique 5 points

Question 2

12 points

Que faut-il alors faire ? Pourquoi ?

- Il faut réaliser une paracentèse : 4 points
 - o visant à effectuer un prélèvement à visée bactériologique 4 points
- Il s'agit d'une indication car c'est une paralysie faciale otogène 4 points

Question 3

18 points

Quel type de surdité présente Jonathan ?

- Le retard de langage est en faveur d'une surdité bilatérale 4 points
- Une épreuve de Rinne acoumétrique négative (conduction aérienne moins bonne que la conduction vibratoire osseuse) objective une surdité avec une participation transmissionnelle bilatérale..... 4 points
- L'épreuve de Weber latéralisée à gauche peut signifier 2 événements : 2 points
 - o soit une surdité de transmission bilatérale plus importante à gauche 4 points
 - o soit une surdité de transmission à gauche et une surdité mixte à droite 4 points

Question 4

16 points

Quel est le diagnostic de l'oreille droite ?

- Otite : 2 points
 - o chronique 2 points
 - o cholestéatomateuse 4 points
 - o compliquée 4 points
 - o d'une paralysie faciale 4 points

Question 5

20 points

Quelle est l'attitude thérapeutique à avoir rapidement ?

- Hospitaliser Jonathan2 points
- Pose d'une voie veineuse2 points
- Double antibiothérapie IV :3 points
 - o à spectre large2 points
 - o initialement probabiliste2 points
 - o puis secondairement adaptée aux résultats
du prélèvement de la paracentèse3 points
- Antibiothérapie locale possible visant à assécher l'oreille :
OFLOCET® auriculaire 1 dose matin et soir pendant
10 jours3 points
- Corticoïdes à la dose de 1 voire 2 mg/kg/j sur 15 jours
à doses dégradées3 points

Question 6

11 points

Quel bilan est à prévoir, également rapidement ?

- Consultation d'anesthésie2 points
- Impédancemétrie2 points
- Audiogramme tonal3 points
- Scanner des rochers4 points

Question 7

9 points

Quel est le traitement curatif de cette pathologie ?

- Traitement chirurgical :5 points
 - o au bout d'une dizaine de jours visant en l'ablation
de toutes les lésions cholestéatomateuses4 points

COMMENTAIRES

Ne pas oublier que toute otite compliquée nécessite un diagnostic bactériologique et donc une paracentèse.

Le cholestéatome est l'évolution ultime et néfaste d'un otite (moyenne) chronique et son meilleur traitement est avant tout sa prévention : traitement plus agressif des otites séromuqueuses (adénoïdectomie +/- aérateurs transtympaniques), suivi régulier des otites chroniques.

Il se caractérise par la présence d'épiderme du conduit dans la caisse du tympan. Du fait de cette localisation inhabituelle, il acquiert un potentiel ostéolytique et récidivant dangereux.

La prise en charge de Jonathan repose sur 2 aspects :

- le traitement urgent de l'infection du fait du risque d'autres complications : labyrinthite, méningite, abcès cérébral,
- l'exérèse à court/moyen terme du cholestéatome dont le seul traitement est chirurgical.

Mme V., 48 ans, vient vous voir, adressée par son médecin généraliste, pour le traitement d'une maladie de Ménière.

Sportive, elle ne présente aucun antécédent particulier hormis de multiples traumatismes inhérents à sa pratique sportive.

Elle déclare avoir présenté depuis 3 semaines 5 épisodes de vertiges rotatoires avec nausées et vomissements sur les 2 premiers épisodes, chacun d'entre eux ayant duré 30 secondes environ. Ces crises se produisent à chaque fois qu'elle se retourne vers le côté droit.

Elle n'a ni acouphène, ni céphalée, ni hypoacousie ressentie. Elle est surtout très anxieuse car sa maman souffre d'une maladie de Ménière et qu'elle en est très invalidée.

Question 1

Quels sont les arguments en faveur d'une maladie de Ménière ?

Question 2

Quel autre diagnostic peut se discuter ?

Question 3

Quelle en est la physiopathologie ?

Question 4

Que faut-il rechercher cliniquement pour confirmer le diagnostic ?

Question 5

Quels sont les examens complémentaires à effectuer ?

Question 6

Quel traitement faut-il lui proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

10 points

Quels sont les arguments en faveur d'une maladie de Ménière ?

- Âge.....5 points
- Sexe.....5 points

Question 2

20 points

Quel autre diagnostic peut se discuter ?

- Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)20 points

Question 3

20 points

Quelle en est la physiopathologie ?

- Théorie de la cupulo/canalolithiase :5 points
 - o spontanément ou suite à un traumatisme2 points
 - o des fragments maculaires (= otoconies)2 points
 - o tombent dans le canal semi-circulaire postérieur2 points
 - o lors d'un mouvement cervical de rotation.....2 points
 - o en décubitus dorsal2 points
 - o les otoconies détachées stimulent la crête
 ampullaire du canal semi-circulaire postérieur5 points

Question 4

15 points

Que faut-il rechercher cliniquement pour confirmer le diagnostic ?

- Épreuve de Dix et Hallpike :15 points

Question 5

15 points

Quels sont les examens complémentaires à effectuer ?

- Aucun :15 points

Question 6

20 points

Quel traitement faut-il lui proposer ?

- Manœuvres de kinésithérapie :5 points
 - o soit libératoires :5 points
 - manœuvre de Sémont5 points
 - o soit d'habituation5 points

COMMENTAIRES

Le vertige positionnel paroxystique bénin est la première cause de vertige périphérique ; c'est une pathologie fréquente.

Le vertige est violent, apparaissant avec un délai de quelques secondes après la position déclenchante, toujours la même pour le patient.

Le vertige dure en moyenne 20 à 30 secondes, parfois un peu plus longtemps, et s'accompagne volontiers de nausées, parfois de vomissements.

L'examen clinique en dehors de la crise est normal.

Le diagnostic de certitude repose sur la manœuvre de Dix et Hallpike qui vise à reproduire la crise : le patient est couché sur une table du côté incriminé puis survient avec le délai attendu un vertige ressenti par le patient accompagné d'un nystagmus rotatoire battant vers le sol (= géotropique) qui s'épuise en 20 à 30 secondes. Toute atypie constatée doit faire reconsidérer le diagnostic.

Le traitement est une manœuvre visant à « libérer » les débris otolithiques du canal semi-circulaire postérieur et à les diriger vers l'émonctoire naturel du labyrinthe membraneux qu'est le sac endolymphatique.

Les arguments, dans ce dossier, en faveur d'une maladie de Ménière sont faibles : en particulier, l'absence de symptômes auditifs ne doit pas faire retenir ce diagnostic, finalement assez rare.

Mr J., 63 ans, diabétique depuis 11 ans, insulino-réquant depuis 4 ans, vient vous consulter pour une otorrhée chronique évoluant depuis environ 1 mois. Initialement, il dit avoir eu mal à son oreille droite pendant une dizaine de jours puis est apparu cet écoulement purulent et fétide qui malgré un traitement local antibiotique et corticoïde n'a pas cessé.

Cliniquement, le méat acoustique externe est sténosé et inflammatoire avec du pus et un tissu de granulation. Il présente par ailleurs une surdité avec une épreuve de Weber latéralisé à droite, une paralysie faciale droite d'allure périphérique, une hypoesthésie de l'hémiface droite. On note l'absence de fièvre et de raideur méningée.

Question 1

Quel est votre diagnostic ?

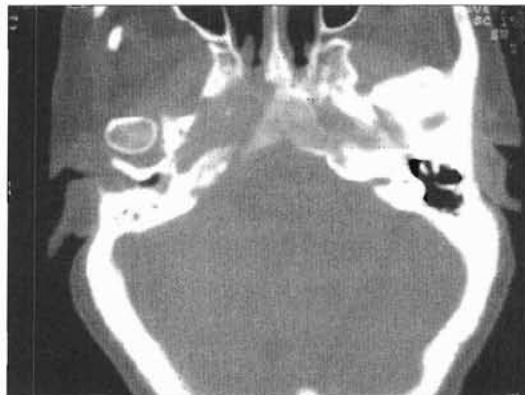
Question 2

Quels sont vos arguments ?

Question 3

Quel est le point de départ probable de l'affection ?

Vous hospitalisez ce patient et lui faites réaliser rapidement un bilan d'imagerie.



Question 4

Commenter l'image.

Question 5

Du fait de l'extension du processus, quels sont les autres signes cliniques à rechercher ?

Question 6

Outre l'imagerie effectuée précédemment, quels sont les autres examens paracliniques à réaliser ?

Question 7

Quel est le traitement à envisager ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

12 points

Quel est votre diagnostic ?

- Otite :2 points
 - o externe3 points
 - o maligne.....5 points
 - o droite.....2 points

Question 2

22 points

Quels sont vos arguments ?

- Terrain :
 - o âge2 points
 - o sujet diabétique3 points
 - o évolution du diabète > 10 ans1 point
- Évolution torpide (1 mois)2 points
- Symptomatologie :
 - o otalgie initiale1 point
 - o otorrhée.....2 points
- Données cliniques :
 - o inflammation et sténose du méat acoustique externe2 points
 - o pus.....2 points
 - o tissu de granulation3 points
 - o surdité de transmission droite.....1 point
 - o paralysie de 2 nerfs crâniens (V et VII).....2 points
- Signe négatif clinique : absence de raideur méningée1 point

Question 3

6 points

Quel est le point de départ probable de l'affection ?

- Effraction cutanée :4 points
 - o du méat acoustique externe2 points

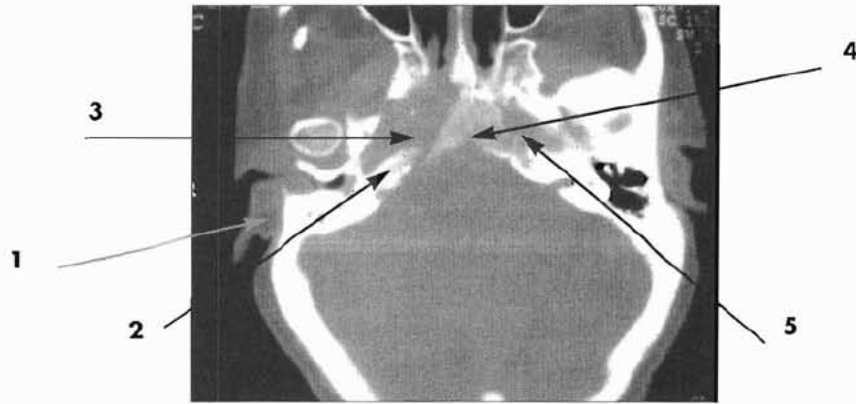
Vous hospitalisez ce patient et lui faites réaliser rapidement un bilan d'imagerie.

Question 4

20 points

Commenter l'image (cf. radiologie).

- Scanner de la base du crâne :4 points
 - o coupe horizontale2 points
- Infiltration des tissus mous superficiels (1).....2 points
- Destruction (ostéolyse) :3 points
 - o de l'apex pétreux (2)2 points
 - o et de la grande aile du sphénoïde (3)2 points
 - o du côté droit1 point
- Ostéite associée du clivus (4).....2 points
- Extension du processus ostéitique du côté controlatéral (clivus et apex pétreux) (5)2 points



Question 5

10 points

Du fait de l'extension du processus, quels sont les autres signes cliniques à rechercher ?

- Signes d'atteinte d'autres nerfs crâniens du côté droit :
 - o paralysie oculomotrice constatée à l'épreuve du suivi d'index/strabisme2 points
 - o paralysie du voile du palais2 points
 - o signe du rideau.....2 points
 - o paralysie récurrentielle2 points
 - o paralysie de l'hémilangue2 points

Question 6

16 points

Outre l'imagerie effectuée précédemment, quels sont les autres examens paracliniques à réaliser ?

- Bilan biologique :
 - o glycémie2 points
 - o vitesse de sédimentation.....2 points
- Prélèvements de l'otorrhée à visée bactériologique :3 points
 - o examen direct1 point
 - o cultures aéro et anaérobie1 point
 - o et antibiogramme1 point
- Imagerie initiale :
 - o IRM de la base du crâne2 points
 - o scintigraphie au gallium 67 et au technétium 99 m.....4 points

Question 7

14 points

Quel est le traitement à envisager ?

- Traitement antalgique1 point
- Équilibration du diabète3 points
- Soins locaux2 points
- Traitement antibiotique :2 points
 - o dirigé contre *Pseudomonas aeruginosa*2 points
 - o double voire triple antibiothérapie intraveineuse2 points
 - o associant le plus souvent une pénicilline (pipéracilline, ticarcilline), la ciprofloxacine et un aminoside sur une période de plusieurs mois2 points

COMMENTAIRES

L'otite externe maligne est une maladie rare et grave dont le pronostic vital a été considérablement amélioré par les nouveaux traitements antibiotiques, notamment ceux dirigés contre *Pseudomonas aeruginosa*.

Le terme « maligne » est impropre et prête à confusion : on parle de plus en plus d'otite externe nécrosante progressive.

Il s'agit dans 90 % des cas d'un sujet âgé et diabétique qui a « bénéficié » d'un soin local du conduit (coton-tige, extraction d'un bouchon) à l'origine d'une effraction cutanée. La micro-angiopathie et l'immunodépression liées au diabète font le lit d'une surinfection locale qui est le point de départ du processus ostéolytique.

L'infection commence le plus souvent par une chondrite puis par une ostéite du conduit (os tympanal) avant que celle-ci ne diffuse dans les autres parties de l'os temporal (rocher, mastoïde) voire dans les autres os de la base du crâne comme dans le cas présenté (sphénoïde).

Le traitement est purement médical avec une double antibiothérapie prolongée.

La guérison est affirmée sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques.

Le petit Fabien, 10 ans, vous est amené par sa maman car depuis 5 jours, il se plaint d'une obstruction nasale, de salves d'éternuements et d'une rhinorrhée antérieure et postérieure importante.

Sa maman rapporte dans ses antécédents personnels la notion d'un eczéma allergique traité par dermocorticoïdes depuis l'âge de 5 ans.

L'examen physique note une apyrexie, une muqueuse nasale congestive accompagnée de sécrétions nasales fluides et transparentes, un érythème périnariaire bilatéral. Le reste de l'examen s'avère indemne de toute anomalie.

-
- Question 1** Quel est votre diagnostic ?
- Question 2** Quelle est, actuellement, la proportion de la population générale adulte atteinte par cette pathologie ?
- Question 3** Quels sont vos arguments en faveur du diagnostic ?
- Question 4** Que manque-t-il dans l'interrogatoire pour asseoir votre suspicion ?
- Question 5** À quoi attribuez-vous l'érythème périnariaire bilatéral ?
- Question 6** Quel(s) est (sont) l'(les) examen(s) paraclinique(s) à réaliser ?
- Question 7** Quel est votre traitement ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

10 points

Quel est votre diagnostic ?

- Rhinite allergique (la périodicité est impossible à préciser) 10 points

Question 2

10 points

Quelle est, actuellement, la proportion de la population générale adulte atteinte par cette pathologie ?

- 30 % 10 points

Question 3

15 points

Quels sont vos arguments en faveur du diagnostic ?

- L'âge d'apparition 3 points
- L'antécédent d'allergie 3 points
- La triade symptomatologique typique :
rhinorrhée + obstruction nasale + éternuements 3 points
- Les signes physiques positifs : sécrétions nasales
fluides et transparentes 3 points
- Les signes physiques négatifs : apyrexie et normalité
de l'examen par ailleurs 3 points

Question 4

25 points

Que manque-t-il dans l'interrogatoire pour asseoir votre suspicion ?

- Notion d'antécédents familiaux d'allergie 4 points
- L'existence d'autres épisodes identiques 3 points
- L'existence d'un facteur déclenchant 3 points
- L'existence de symptômes associés : 3 points
 - o sifflements expiratoires 3 points
 - o prurit oculaire 2 points
 - o paresthésies pharyngées 1 point
 - o signes cutanés en faveur d'une manifestation allergique 2 points
- La notion d'une prise médicamenteuse (nature) 2 points
- Et son action éventuelle sur un ou plusieurs symptômes 2 points

Question 5

10 points

À quoi attribuez-vous l'érythème périnariaire bilatéral ?

- Mouchage répété 10 points

Question 6

12 points

Quel(s) est (sont) l'(les) examen(s) paraclinique(s) à réaliser ?

- Tests allergiques :
 - o méthodes de dosages sanguins :
exemple du PHADIATOP®6 points
 - o tests cutanés : exemple du PRICK-TEST®6 points

Question 7

18 points

Quel est votre traitement ?

- Éviction allergénique si elle s'avère possible6 points
- Anti-histaminiques H1 *per os*6 points
- Lavage des fosses nasales sérum physiologique2 points
- Contrôle de l'efficacité thérapeutique :2 points
 - o indication des corticoïdes locaux si inefficacité
notamment sur l'obstruction nasale2 points

COMMENTAIRES

La rhinite allergique est une pathologie fréquente et de diagnostic aisé.

La classification perannuelle/saisonnière a laissé place à une autre classification à 2 dimensions :

- Selon la fréquence des symptômes :
 1. intermittente si les symptômes sont présents moins de 4 jours par semaines ou moins de 4 semaines dans l'année,
 2. persistante sinon.
- Selon la répercussion des symptômes sur les activités sociales et professionnelles du patient et sur son sommeil :
 1. légère,
 2. modérée à sévère.

La recherche de l'allergène est systématique, sa découverte ne l'est pas.

Il faut toujours rechercher un asthme associé car on estime entre 15 et 40 %, la proportion de patients souffrant de rhinite allergique présentant également un asthme passé inaperçu.

Le traitement passe avant tout par l'éviction de l'allergène, quand elle est possible.

Sinon, il est volontiers chronique utilisant en première intention des anti-histaminiques H1, en seconde intention des corticoïdes locaux.

Mme H., 52 ans, est hospitalisée pour la prise en charge de vertiges rotatoires violents évoluant depuis 4 heures avec nausées et vomissements.

La crise a été précédée par un bourdonnement de l'oreille gauche et l'impression d'une baisse de l'audition de la même oreille.

C'est la 3^e fois que cela se produit depuis 1 an, avec à chaque fois la nécessité d'une hospitalisation pendant 2-3 jours. Entre les crises, aucun symptôme particulier si ce n'est la peur que cela se reproduise. C'est pour cette raison qu'elle est sous anxiolytiques depuis 6 mois.

Elle a effectué un audiogramme tonal il y a 4 (Fig. 1) et 8 mois (Fig. 2), soit quelques jours après les 2 premières crises vertigineuses ressenties. Les épreuves vestibulaires caloriques calibrées (EVCC) réalisées également à 2 reprises n'ont relevé aucune anomalie.

Figure 1

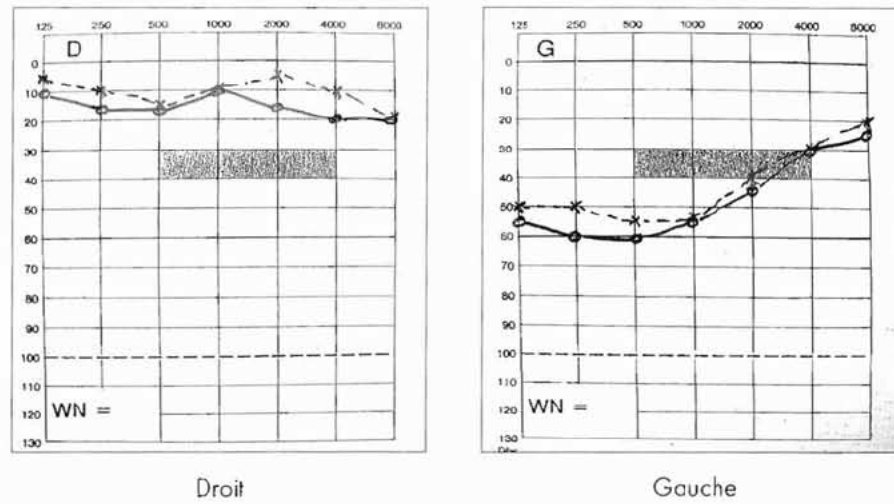
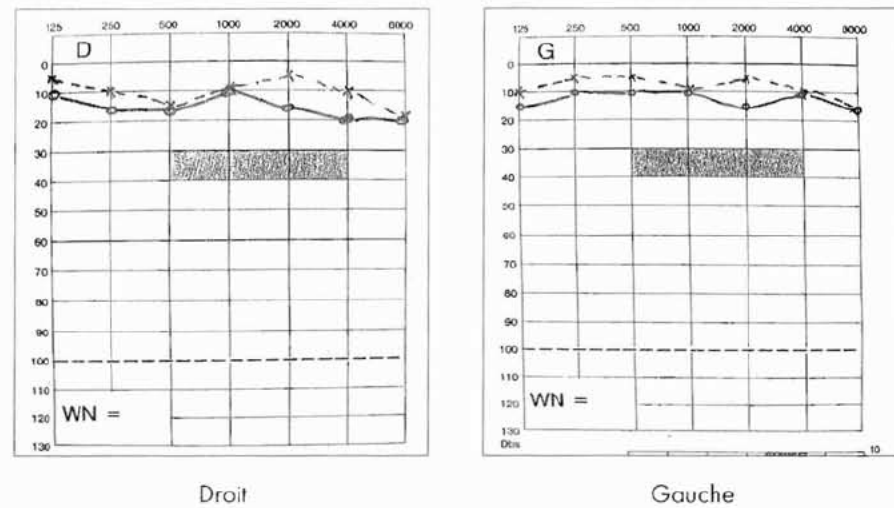


Figure 2



- Question 1** Quel diagnostic doit-on suspecter en priorité ?
- Question 2** Quels sont les arguments en faveur de celui-ci ?
- Question 3** En faisant abstraction des examens complémentaires et en ne considérant donc que l'aspect clinique, quels autres diagnostics aurait-on pu suspecter ?
- Question 4** Que manque-t-il dans le bilan paraclinique afin de conforter le diagnostic initial ?
- Question 5** Quel est votre traitement de la crise actuelle ?
- Question 6** Quel est le traitement inter-critique que vous prescrivez ?
- Question 7** Quel est le pronostic fonctionnel de cette maladie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

10 points

Quel diagnostic doit-on suspecter en priorité ?

- Maladie de Ménière :8 points
- o touchant l'oreille gauche2 points

Question 2

23 points

Quels sont les arguments en faveur de celui-ci ?

- Terrain :
 - o femme2 points
 - o âge compris entre 40 et 65 ans2 points
 - o anxiété manifeste1 point
- Histoire de la maladie :
 - o existence de 2 crises antérieures identiques3 points
- Symptômes de la crise :
 - o triade particulièrement évocatrice associant
acouphène + surdité + vertige3 points
 - o importance des vertiges2 points
- Caractères audiométriques :
 - o surdité de perception unilatérale3 points
 - o prédominant sur les graves2 points
 - o fluctuante3 points
- EVCC intercritiques normales2 points

Question 3

12 points

En faisant abstraction des examens complémentaires et en ne considérant donc que l'aspect clinique, quels autres diagnostics aurait-on pu suspecter ?

- Neurinome de l'acoustique gauche3 points
- Labyrinthite gauche3 points
- Fistule périlymphatique gauche3 points
- Syphilis de l'oreille gauche3 points

Question 4

16 points

Que manque-t-il dans le bilan paraclinique afin de conforter le diagnostic initial ?

- Impédancemétrie :2 points
 - o étude du réflexe stapédien (test de Metz)1 point
 - o à la recherche d'un recrutement en faveur d'une origine endocochléaire de la surdité2 points
- Audiogramme vocal :2 points
 - o dégradation de l'intelligibilité supérieure à ce qu'on pouvait attendre à la vue de l'audiogramme tonal2 points
- Test osmotique au glycérol :3 points
 - o dont la positivité signe le diagnostic1 point
- IRM cérébrale :2 points
 - o à la recherche d'un neurinome de l'acoustique1 point

Question 5

12 points

Quel est votre traitement de la crise actuelle ?

- Perfusion pour hydratation et équilibration ionique3 points
- Anxiolytiques intraveineux3 points
- Antiémétiques intraveineux3 points
- Antivertigineux intraveineux type acétyl leucine (TANGANIL®)3 points

Question 6

16 points

Quel est le traitement inter-critique que vous prescrivez ?

- Soigner la relation médecin-malade4 points
- Diminuer l'anxiété :2 points
 - o relaxation1 point
 - o anxiolytiques1 point
- Règles hygiénodietétiques :2 points
 - o respect du sommeil1 point
 - o alimentation hyposodée1 point
- Vestibuloplogiques :2 points
 - o Bétahistine (SERC®)2 points

Question 7

11 points

Quel est le pronostic fonctionnel de cette maladie ?

- Évolution imprévisible3 points
- Crises de vertiges de fréquence très variable selon les patients et pour un même patient, s'amenuisant avec le temps en général2 points
- Déséquilibres fréquents1 point
- Altération progressive de l'audition de façon bilatérale2 points
 - o entraînant un handicap sensoriel1 point
- Acouphènes persistants de fréquence et d'intensité variables2 points

COMMENTAIRES

La maladie de Ménière est une cause rare de vertiges.

Elle doit être suspectée chez un patient (le plus souvent une patiente), se plaignant de crises de vertiges intenses précédées par des signes auditifs, en particulier une plénitude d'oreille et un acouphène de tonalité volontiers grave touchant une oreille. La surdité peut passer inaperçue derrière le tableau vertigineux intense.

Il existe le plus souvent un contexte psychologique d'anxiété.

L'audiogramme tonal typique montre au début de la maladie, durant la crise, une surdité de perception unilatérale ou bilatérale et asymétrique touchant principalement les graves. À distance de la crise, l'audiogramme peut être normal donnant à cette surdité son caractère fluctuant très évocateur.

Les tests osmotiques, quand ils sont positifs, apportent un élément essentiel au diagnostic.

Les autres examens complémentaires sont peu contributifs

Au fil du temps et des crises, l'audition se dégrade fréquemment.

Les crises de vertiges, par leur fréquence et leur intensité, peuvent nécessiter un traitement chirurgical (neurectomie vestibulaire, labyrinthectomie chimique).

La prise en charge psychologique est un pan important du traitement.

Mr V., 78 ans, ancien cheminot, vous est adressé par son généraliste pour un problème de surdité.

Il est accompagné de sa femme qui rapporte que son mari depuis plusieurs années, a des difficultés à l'entendre et qu'elle est obligée d'élever la voix systématiquement pour se faire comprendre. Par ailleurs, Mr V ne prend plus part aux discussions lorsqu'il y a des réunions familiales car il ne comprend plus les gens et se sent donc de plus en plus isolé. Il se plaint par ailleurs de quelques troubles de l'équilibre dont son médecin traitant pense qu'ils proviennent de l'oreille interne.

Mr V a plusieurs antécédents médicaux :

- Insuffisance coronarienne et hypertension artérielle suivies par un cardiologue pour lesquelles il prend de l'aspirine (150 mg/j) et du LOXEN®
- Diabète non-insulinodépendant connu depuis 18 ans, traité par GLUCOPHAGE® et régime hypoglycémique, compliqué d'une rétinopathie et d'une néphropathie.
- Arthrose des membres inférieurs soignée par des antalgiques.

Vous suspectez une presbyacousie.

-
- Question 1** Quels sont les arguments en faveur de ce diagnostic ?
- Question 2** Quelles pourraient être, compte tenu des antécédents du patient, les autres explications de cette surdité ?
- Question 3** Quelles peuvent être les origines des troubles de l'équilibre ?
- Question 4** Que comporte votre examen physique ?
- Question 5** Quel bilan complémentaire effectuez-vous initialement ?
- Question 6** Celui-ci conforte le diagnostic de presbyacousie. Quels résultats ont permis cette confirmation ?
- Question 7** Vous prescrivez une audioprothèse. Quels sont les éléments du choix du type d'appareillage ?
- Question 8** Quels sont les facteurs de réussite d'une réhabilitation auditive ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

10 points

Quels sont les arguments en faveur de ce diagnostic ?

- Âge.....2 points
- Surdité gênante, bilat rale2 points
- Progressivité de la surdité.....2 points
- Perte de l'intelligibilité dans le bruit (réunions familiales)...2 points
- G ne plus importante pour l'entourage2 points

Question 2

12 points

Quelles pourraient être, compte tenu des antécédents du patient, les autres explications de cette surdité ?

- Surdité professionnelle (cheminot)3 points
- Angiopathie (antécédents d'insuffisance coronarienne, diabète).....3 points
- Neuropathie (diabète)3 points
- Ototoxicit  médicamenteuse (prise d'aspirine au long cours, néphropathie avec insuffisance rénale potentielle)3 points

Question 3

15 points

Quelles peuvent être les origines des troubles de l'équilibre ?

- Ce qui peut être discuté :
 - o attente du nerf cochléovestibulaire (neurinome de l'acoustique)3 points
 - o insuffisance vertébrobasilaire (angiopathie)3 points
 - o arthrose cervicale.....3 points
 - o neuropathie diab tique3 points
 - o vieillissement cérébral.....3 points

Question 4

17 points

Que comporte votre examen physique ?

- Otoscopie :.....2 points
 - o recherche d'une pathologie de l'oreille externe (bouchon de cérumen +++).....1 point
 - o et de l'oreille moyenne.....1 point
- Acoumétrie :3 points
 - o voix chuchotée, parl e ou cri e2 points
 - o diapason :
 - vérifier la nature perceptionnelle de la surdité (Rinne positif)2 points
 - et son caractère symétrique (Weber centré)2 points
- Examen vestibulaire :.....2 points
 - o recherche d'un nystagmus sous lunettes de Frenzel.....1 point
 - o recherche d'une déviation posturale.....1 point

Question 5

12 points

Quel bilan complémentaire effectuez-vous initialement ?

- Audiogramme tonal.....4 points
- Audiogramme vocal4 points
- Impédancemétrie :1 point
 - o tympanométrie1 point
 - o étude du réflexe stapédien2 points

Question 6

16 points

Celui-ci conforte le diagnostic de presbyacousie. Quels résultats ont permis cette confirmation ?

- Audiogramme tonal :
 - o surdité de perception.....2 points
 - o bilatérale2 points
 - o symétrique2 points
 - o descendante sur les aigus.....2 points
- Audiogramme vocal :
 - o courbe décalée vers la droite2 points
 - o avec une pente moins inclinée.....2 points
 - o et un maximum d'intelligibilité < 100 %2 points
- Impédancemétrie : mise en évidence d'un recrutement en faveur d'une origine endocochléaire de la surdité de perception2 points

Question 7

10 points

Vous prescrivez une audioprothèse. Quels sont les éléments du choix du type d'appareillage ?

- Demande du patient et/ou de son entourage2 points
- Gêne auditive (données de l'audiogramme vocal).....2 points
- Importance de la perte auditive tonale2 points
- Âge et capacités cognitives2 points
- Degré d'autonomie.....2 points

Question 8

8 points

Quels sont les facteurs de réussite d'une réhabilitation auditive ?

- Soutien de l'environnement familial2 points
- Acceptabilité de l'appareillage (donc conditionnant son port régulier)2 points
- Bilatéralité de l'appareillage2 points
- Rééducation orthophonique associée.....2 points

COMMENTAIRES

Dossier typique de presbycousie.

Le maître symptôme est la surdité d'apparition et d'aggravation progressive. Le handicap qui en naît s'explique par la bilatéralité de l'atteinte.

L'examen physique doit mettre en évidence une surdité de perception bilatérale et symétrique confirmée par l'audiogramme tonal.

Les courbes de l'audiogramme tonal doivent être sensiblement parallèles, descendre sur les aigus pour être évocatrices.

L'audiogramme vocal doit être systématiquement effectué dans ce cadre.

La prescription des audioprothèses est affaire d'un spécialiste en ORL.

Mr U., 72 ans, vient vous consulter car sa voix est rauque depuis environ 2 mois. Son médecin généraliste lui a prescrit un traitement anti inflammatoire puis antibiotique mais aucune amélioration ne s'est produite.

Ancien grand fumeur, il a arrêté son intoxication tabagique il y a 5 ans suite à la découverte d'un cancer bronchique traité par chirurgie.

L'examen du larynx montre l'aspect suivant



-
- Question 1** Décrire la lésion photographiée.
- Question 2** Sachant le contexte, quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) possible(s) ?
- Question 3** Comment assurer le diagnostic ?
- Question 4** Quel bilan complémentaire est à prévoir ?
- Le diagnostic est celui d'un carcinome épidermoïde infiltrant et peu différencié.
-
- Question 5** Quelles sont les possibilités thérapeutiques ?
- Question 6** Quel est le pronostic d'une telle lésion ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

15 points

Décrire la lésion photographiée.

- Tuméfaction bourgeonnante5 points
- Aspect leucokératosique.....5 points
- Touchant les 2/3 antérieurs de la corde vocale droite mais respectant la commissure antérieure.....5 points

Question 2

14 points

Sachant le contexte, quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) possible(s) ?

- Laryngite chronique.....7 points
- Cancer glottique7 points

Question 3

16 points

Comment assurer le diagnostic ?

- Réaliser une biopsie8 points
- Afin d'effectuer un examen anatomopathologique8 points

Question 4

20 points

Quel bilan complémentaire est à prévoir ?

- Panendoscopie des voies aérodigestives supérieures :8 points
 - o à la recherche d'une deuxième localisation synchrone7 points
 - o afin de réaliser les biopsies5 points

Le diagnostic est celui d'un carcinome épidermoïde infiltrant et peu différencié.

Question 5

14 points

Quelles sont les possibilités thérapeutiques ?

- Radiothérapie externe exclusive.....7 points
- Chirurgie laryngée partielle7 points

Question 6

21 points

Quel est le pronostic d'une telle lésion ?

- Bon pronostic car :5 points
 - o lésion symptomatique à un stade précoce (dysphonie)8 points
 - o très peu de lymphophilie8 points

COMMENTAIRES

Rappelons que toute anomalie vocale chez un fumeur *ou* un ancien fumeur est suspecte de révéler un cancer laryngé.

Aucun aspect lésionnel n'est spécifique d'un cancer d'où la nécessité, comme pour tout autre cancer, d'avoir une preuve histologique.

La panendoscopie des voies aérodigestives supérieures est réalisée sous anesthésie générale et comporte un examen minutieux de la muqueuse des régions suivantes :

- cavité orale : langue mobile, plancher buccal, gencives, joues, lèvres, palais osseux, commissure intermaxillaire,
- oropharynx : loges amygdaliennes, base de langue, zone de jonction (ou sillon amygdalo-glosse), vallécules, paroi oropharyngée postérieure, voile du palais,
- hypopharynx : récessus (ou sinus) piriformes, région rétrocricoïdienne, paroi hypopharyngée postérieure,
- larynx : les 3 étages (supraglottique, glottique et infraglottique),
- trachée,
- œsophage.

Du fait de la très faible lymphophilie de cette localisation tumorale, le bilan d'extension peut se limiter à la seule panendoscopie. Durant le même temps pourra être réalisée une exérèse lésionnelle emportant en bloc toute la tumeur.

La place de la chimiothérapie est en cours d'évaluation. Elle trouve très peu d'indication dans cette localisation tumorale.

Vous recevez aux urgences à 20 h par SAMU un jeune patient de 25 ans adressé par un autre hôpital pour une épistaxis importante.

Le médecin qui vous fait les transmissions tient la tête du patient dans sa main droite et une sonde urinaire dans sa main gauche. L'histoire remonte à 12 h, heure à laquelle s'est réveillé le patient et a en même temps commencé l'hémorragie. Plusieurs tentatives de méchage antérieur ont été réalisées mais au succès partiel. Son taux d'hémoglobine sérique était de 14,4 g/dl à 13 h et de 7,9 g/dl à 17 h. Il a bénéficié de l'apport de 2 culots globulaires de groupe O- ayant permis d'obtenir un taux à 9,6 g/dl à 19 h. En dernier recours a été mise en place une sonde urinaire gonflée mais au succès également partiel.

Le patient est visiblement agité et anxieux mais parfaitement conscient. Sa tension artérielle est de 125/60 et son pouls 118. Il n'existe aucun signe de choc hypovolémique. Malgré la présence de la sonde urinaire dans la fosse nasale gauche, du sang continue à en provenir. Il est perfusé aux 2 bras par un soluté de remplissage.

-
- Question 1** Comment orientez-vous votre examen clinique ?
- Question 2** Quel(s) est (sont) le(s) signe(s) de gravité ?
- Question 3** Quelle est votre conduite à tenir initiale ?
- Question 4** Prescrivez-vous un bilan complémentaire ? Si oui, lequel ? Sinon, pourquoi ?
- Question 5** En admettant que vous ayez réussi à stopper l'hémorragie, que prévoyez-vous et dans quel délai ?
- On vous rappelle 2 h après pour un vomissement brutal de sang rouge cailloté et noirâtre.
-
- Question 6** De quelle origine peut-il s'agir ?
- Question 7** Cela change-t-il votre conduite à tenir ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

21 points

Comment orientez-vous votre examen clinique ?

- Interrogatoire à la recherche d'une cause :3 points
 - o antécédents médicaux :
 - troubles de l'hémostase connus.....1 point
 - hémopathies.....1 point
 - tumeurs nasosinusiennes1 point
 - o notion d'épisodes anciens, leur fréquence, leur importance, le traitement entrepris.....2 points
 - o prise médicamenteuse récente :
 - aspirine +++1 point
 - anticoagulant1 point
 - chimiothérapie1 point
 - o prise de toxiques (cocaïne).....1 point
 - o notion de traumatisme.....1 point
- Examen physique :
 - o examen oropharyngé à l'abaisse-langue :3 points
 - à la recherche d'une épistaxis postérieure associée...1 point
 - o recherche de signes récents de traumatisme facial :
 - hématome en lunette, plaies cutanées, déformations de reliefs, palpation osseuse douloureuse.....2 points
 - o recherche d'autres signes de thrombopénie :
 - pétéchies, hémorragies gingivales, hémorragie sous conjonctivale, hématurie.....2 points

Question 2

12 points

Quel(s) est (sont) le(s) signe(s) de gravité ?

- Durée de l'épisode hémorragique.....4 points
- Inefficacité des tamponnements.....4 points
- Chute de l'hémoglobine.....4 points

Question 3

20 points

Quelle est votre conduite à tenir initiale ?

- Calmer le patient : anxiolytiques (TRANXÈNE® 50 mg)3 points
- Calmer l'entourage familial et médical/paramédical2 points
- Préparation des fosses nasales :
 - o ablation de la sonde urinaire.....1 point
 - o aspiration nasale.....1 point
 - o méchage antérieur bilatéral à la XYLOCAÏNE® naphazoline 1 % à laisser agir 10 min3 points
- Antalgiques puissants : morphine sous-cutanée voire intraveineuse2 points
- Mise en place de 2 sondes nasales à double ballonnet à gonfler prudemment et sans excès6 points
- Antibiotiques de couverture.....2 points

Question 4

16 points

Prescrivez-vous un bilan complémentaire ? Si oui, lequel ? Sinon, pourquoi ?

- Oui à la recherche d'une cause et pour apprécier le retentissement :
- Numération formule sanguine :4 points
 - o anémie2 points
 - o thrombopénie1 point
 - Groupage sanguin2 points
 - Bilan d'hémostase :4 points
 - o TP1 point
 - o TCA1 point
 - o fibrinogène1 point

Question 5

16 points

En admettant que vous ayez réussi à stopper l'hémorragie, que prévoyez-vous et dans quel délai ?

- Surveillance clinique rapprochée et régulière :4 points
 - o signes de pancarte1 point
 - o contrôle du taux d'hémoglobine au doigt (HEMOCUE®)1 point
 - o inspection nasale et oropharyngée à la recherche d'une épistaxis persistante2 points
- Prévoir un traitement hémostatique complémentaire le lendemain selon les possibilités locales :4 points
 - o embolisation artérielle par radiologie interventionnelle2 points
 - o ligature/hémostase artérielle chirurgicale2 points

On vous rappelle 2 h après pour un vomissement brutal de sang rouge cailloté et noirâtre.

Question 6

6 points

De quelle origine peut-il s'agir ?

- Épistaxis déglutie, le plus probablement3 points
- Hémorragie digestive haute (trouble de l'hémostase avéré, stress)3 points

Question 7

9 points

Cela change-t-il votre conduite à tenir ?

- Oui3 points
- Fibroscopie œsogastroduodénale en urgence6 points

COMMENTAIRES

Les épistaxis sont fréquentes et dans 90 % des cas bénignes (= arrêt spontané ou suite à un méchage antérieur bien effectué).

Leur dangerosité provient soit de l'origine de l'hémorragie (plaie artérielle post-traumatique, tumeur endonasale, hypocoagulabilité sanguine), soit de leur abondance, soit du terrain sur lequel elles surviennent (personnes âgées).

Leur traitement passe avant la recherche étiologique, la tolérance clinique de l'hémorragie avant leur traitement.

Le méchage par sondes à double ballonnet tend à remplacer le méchage postérieur, plus traumatisant et nécessitant une anesthésie générale.

Un méchage efficace doit arrêter l'épistaxis à extériorisation tant antérieure que postérieure.

Dossier 10

Mme R., 72 ans, sans antécédent particulier, vient vous consulter pour une dysphagie évoluant depuis environ 6 mois.

Initialement, elle s'est plainte d'une gêne à la déglutition associée à ce qu'elle croit être des régurgitations (rejets d'aliments non digérés, 2 à 3 heures après les repas). Puis sont apparues des quintes de toux, se déclenchant également 2 à 3 heures après les repas.

Depuis 2 mois, elle mange une nourriture moulinée ou crémeuse qu'elle met 2 à 3 fois plus de temps à ingurgiter qu'avant. Elle se plaint également d'avoir une mauvaise haleine.

L'examen physique ORL est sans particularité. Le reste de l'examen clinique ne révèle aucune anomalie particulière.

Son médecin traitant lui a fait réaliser une radiographie thoracique qui s'est avérée normale. Il vous l'envoie maintenant pour avis diagnostique et thérapeutique.

Question 1

Quel(s) diagnostic(s) supposez-vous ?

Question 2

Quelles questions restent à poser pour affiner votre suspicion ?

Question 3

Quelles sont en réalité les « régurgitations » dont parle la patiente ?

Question 4

Qu'aurait pu montrer la radiographie de thorax ?

Vous réalisez un bilan radiologique complémentaire dont une des images est la suivante

**Question 5**

Commentez-la. En déduire le diagnostic.

Question 6 Quel est le mécanisme physiopathologique de ce genre de lésion ?

Question 7 Quel en est le traitement ?

Question 8 Quel est l'examen à réaliser de façon systématique 24 heures après l'intervention ? Pour quelle raison ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

16 points

Quel(s) diagnostic(s) supposez-vous ?

- Cancer hypopharyngé4 points
- Cancer de l'œsophage4 points
- Diverticule pharyngo-œsophagien de Zenker3 points
- Causes motrices œsophagiennes :.....3 points
 - o primaires
 - o secondaires
- Œsophagite.....2 points

Question 2

16 points

Quelles questions restent à poser pour affiner votre suspicion ?

- Perte de poids récente (en faveur d'un cancer ou d'un diverticule de Zenker)4 points
- Épisodes fébriles (en faveur d'une pneumopathie de déglutition)4 points
- Existence de douleurs :
 - o pharyngées/auriculaires (en faveur d'un cancer des voies aérodigestives supérieures)2 points
 - o cervicales (en faveur d'un cancer de l'œsophage ou d'une œsophagite)2 points
 - o thoraciques (en faveur d'une pneumopathie, d'une œsophagite ou d'une cause motrice œsophagienne primaire telle que l'achalasie ou l'œsophage « casse-noisette »)2 points
- Existence :
 - o d'une dysphonie.....1 point
 - o d'une dyspnée.....1 point

Question 3

8 points

Quelles sont en réalité les « régurgitations » dont parle la patiente ?

- Il s'agit en fait de ruminations :.....5 points
 - o c'est-à-dire d'une régurgitation faisant suite à la vidange du diverticule dans le pharynx, typiquement plusieurs heures après le repas3 points

Question 4

8 points

Qu'aurait pu montrer la radiographie de thorax ?

- Des signes en faveur d'une pneumopathie de déglutition5 points
- Parfois un niveau hydro-aérique cervical au niveau de C6, C7 ou T13 points

Vous réalisez un bilan radiologique complémentaire dont une des images est la suivante.

Question 5

18 points

Commentez-la. En déduire le diagnostic.

- Transit baryté pharyngo-œsophagien4 points
- Cliché de profil droit.....2 points
- Image d'addition4 points
- Au niveau C7 - T13 points
- Conclusion : image évocatrice de diverticule pharyngo-œsophagien de Zenker5 points

Question 6

12 points

Quel est le mécanisme physiopathologique de ce genre de lésion ?

- Hypertonie du muscle cricopharyngien3 points
- Déhiscence de la muqueuse hypopharyngée au-dessus de ce muscle créant une poche diverticulaire.....3 points
- Augmentation progressive de la taille de la poche diverticulaire3 points
- Compression œsophagienne haute par la poche alourdie d'aliments3 points

Question 7

12 points

Quel en est le traitement ?

- Le traitement, lorsqu'il est indiqué, est exclusivement chirurgical :5 points
 - o visant à exclure la poche diverticulaire de l'entonnoir pharyngé.....3 points
- Soit par voie endoscopique2 points
- Soit par cervicotomie2 points

Question 8

10 points

Quel est l'examen à réaliser de façon systématique 24 heures après l'intervention ? Pour quelle raison ?

- La radiographie thoracique.....5 points
- Pour dépister une médiastinite débutante (pneumomédiastin)5 points

COMMENTAIRES

Une dysphagie chez un sujet âgé, même en l'absence d'intoxication alcoolotabagique, doit faire suspecter avant tout un cancer des voies aérodigestives supérieures (ici l'examen ORL était rassurant ce qui n'élimine pas une lésion hypopharyngée) et/ou un cancer de l'œsophage.

Le diverticule de Zenker mime la présentation d'un cancer œsophagien à la douleur prèle (dysphagie + amaigrissement + asthénie chez un sujet âgé)

Quelques signes permettent de le suspecter :

- l'halitose (= haleine fétide),
- les ruminations,
- les gargouillis (= bruits hydro-aériques entendus à la palpation cervicale),
- les fausses-routes avec les risques de pneumopathie de déglutition inhérents.

L'examen complémentaire de référence est le transit baryté pharyngo-œsophagien qui met en évidence typiquement une image d'addition au niveau cervical

L'indication opératoire se porte essentiellement en fonction du retentissement sur l'état général (en particulier l'amaigrissement et les pneumopathies)

Mlle T., 26 ans, sans aucun antécédent, vous est adressée pour une angine virale qui évolue mal sous traitement symptomatique (antalgiques, anti-inflammatoires et collutoires).

Tout a commencé il y a 2 jours avec une odynophagie fébrile à 39 °C. Le médecin généraliste a donc diagnostiqué une angine virale (hypertrophie amygdalienne érythémateuse diffuse sans aucun enduit pultacé d'après lui) et a prescrit un traitement symptomatique.

Aujourd'hui, les douleurs sont toujours aussi fortes et la dysphagie confine à l'aphagie. De plus, la voix s'est modifiée avec l'impression d'avoir constamment la bouche pleine et la patiente ressent des difficultés à ouvrir correctement la bouche.

L'examen physique note une apyrexie, des adénopathies cervicales inflammatoires multiples et un examen oropharyngé évocateur d'un phlegmon péri-amygdalien gauche.

-
- Question 1** Quels sont les signes oropharyngés d'un phlegmon péri-amygdalien ?
- Question 2** Comment expliquer la voix modifiée ? Comment appelle-t-on ce symptôme ?
- Question 3** Outre ces signes, quels sont les éléments du tableau qui doivent vous faire suspecter ce diagnostic ?
- Question 4** Quelle est la conduite à tenir dans l'immédiat ?
- Question 5** Quel traitement instaurez-vous ?
- Question 6** En cas d'évolution favorable, quelles informations doit-on apporter à la patiente ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

15 points

Quels sont les signes oropharyngés d'un phlegmon péri-amygdalien ?

- Refoulement controlatéral de l'amygdale et de la luette5 points
- Tuméfaction de la loge amygdalienne sous la forme d'une voussure du pilier antérieur5 points
- Œdème de la luette.....5 points

Question 2

15 points

Comment expliquer la voix modifiée ? Comment appelle-t-on ce symptôme ?

- La modification de la voix est secondaire à :
 - o l'obstruction oropharyngée5 points
 - o et la paralysie du voile du palais5 points
- Il s'agit d'une rhinolalie fermée5 points

Question 3

20 points

Outre ces signes, quels sont les éléments du tableau qui doivent vous faire suspecter ce diagnostic ?

- Angine récente5 points
- Prise récente d'anti-inflammatoires5 points
- Aphagie.....5 points
- Trismus.....5 points

Question 4

10 points

Quelle est la conduite à tenir dans l'immédiat ?

- Ponction – évacuation de l'abcès à visée bactériologique et antalgique5 points
- Hospitalisation du fait de l'aphagie.....5 points

Question 5

30 points

Quel traitement instaurez-vous ?

- Arrêt des anti-inflammatoires.....5 points
- Perfusion avec rééquilibration hydro-électrolytique.....5 points
- Antalgiques intraveineux5 points
- Antibiothérapie probabiliste intraveineuse type amoxicilline – acide clavulanique (1 g x 3 par jour)5 points
- Régime lacté – froid5 points
- Surveillance : température, douleur5 points

Question 6

10 points

En cas d'évolution favorable, quelles informations doit-on apporter à la patiente ?

- Risque de récurrence = 50 %5 points
- L'existence d'un antécédent de phlegmon péri-amygdalien est une indication à l'amygdalectomie5 points

COMMENTAIRES

Le phlegmon péri-amygdalien est une complication d'une angine bactérienne. Il correspond à une collection purulente entre la capsule amygdalienne et le plan musculaire oropharyngé latéral.

Son incidence est favorisée par la prescription d'anti-inflammatoires, notamment d'AINS, donnés trop souvent à titre antalgique lors d'une angine.

Le traitement est l'évacuation de la collection par ponction, parfois par incision sous couverture antibiotique probabiliste.

Le risque de récurrence est important, probablement par le fait que la première collection a laissé un espace de décollement.

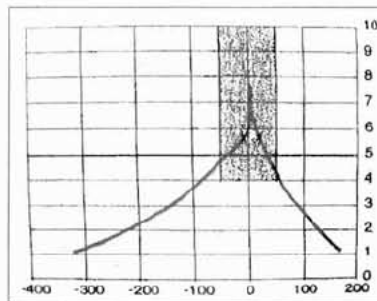
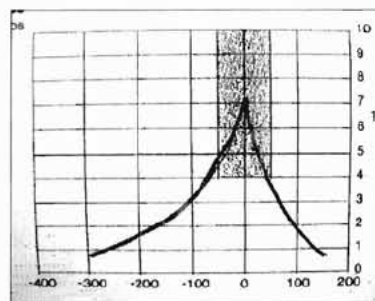
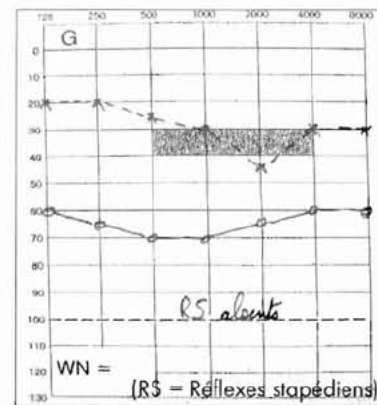
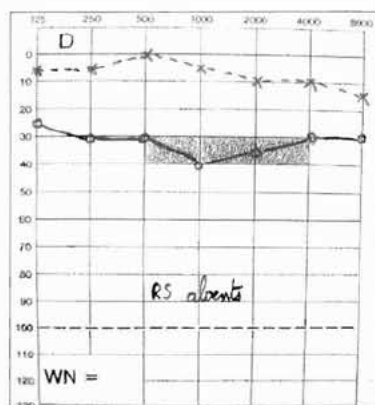
L'amygdalectomie « à chaud » est licite, la dissection de la capsule étant déjà effectuée par la collection.

Dossier 12

Mme P., 38 ans trois enfants sans profession ni antécédent, vient vous voir car il lui semble entendre moins bien depuis plusieurs mois des 2 oreilles. Par ailleurs, elle se plaint de bourdonnements de l'oreille gauche.

L'examen otoscopique décèle un bouchon de cérumen facilement retiré du côté droit. Les conduits auditifs et les tympans sont normaux. Le tic-tac de la montre n'est perçu par aucune des 2 oreilles. L'épreuve de Weber est latéralisée du côté gauche, l'épreuve de Rinne et de Lewis est négative des 2 côtés.

Vous réalisez un audiogramme tonal et une tympanométrie complète dont les résultats sont les suivants



Votre suspicion diagnostique est alors forte

Question 1

Que manque-t-il dans l'interrogatoire ?

Question 2

Que signifie la négativité de l'épreuve de Rinne et la négativité de l'épreuve de Lewis ?

Question 3

Commentez l'audiogramme tonal.

Question 4

Commentez la tympanométrie.

Question 5

Quel diagnostic supposez-vous ? Sur quels arguments ?

Question 6

Quel autre examen complémentaire vous faut-il ?

Question 7

Que lui proposer alors ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

9 points

Que manque-t-il dans l'interrogatoire ?

- Antécédents familiaux de surdité voire d'otospongiose3 points
- Prise médicamenteuse récente notamment ototoxique.....1 point
- Symptomatologie :
 - o sensations vertigineuses1 point
 - o troubles de l'équilibre1 point
 - o oscillopsies1 point
 - o plénitude de l'oreille1 point
 - o otalgie/otorrhée1 point

Question 2

12 points

Que signifie la négativité de l'épreuve de Rinne et la négativité de l'épreuve de Lewis ?

- Rinne :
 - o sa négativité signifie une conduction osseuse supérieure à la conduction aérienne3 points
 - o donc une surdité de transmission ou mixte3 points
- Lewis :
 - o sa négativité signifie une conduction osseuse supérieure à la conduction cartilagineuse3 points
 - o très évocatrice d'ankylose stapédovestibulaire donc d'otospongiose3 points

Question 3

13 points

Commentez l'audiogramme tonal.

- Surdité de transmission de l'oreille droite :3 points
 - o avec Rinne audiométrique de 15 à 35 dB.....2 points
- Surdité mixte de l'oreille gauche :3 points
 - o avec seuils en CO entre 20 et 45 dB.....1 point
 - o Rinne audiométrique de 20 à 45 dB1 point
 - o la composante perceptionnelle de la surdité indique un début de labyrinthisation3 points

Question 4

11 points

Commentez la tympanométrie.

- Tympanométrie :
 - o pics de compliance centrés.....3 points
 - o courbes de type A3 points
- Test de Metz : disparition des réflexes stapédiens ipsi et contralatéraux5 points

Question 5

28 points

Quel diagnostic supposez-vous ? Sur quels arguments ?

- Diagnostic suspecté : otospongiose5 points
- Arguments :
 - o terrain :
 - sexe féminin3 points
 - âge compris entre 20 et 50 ans1 point
 - multipare1 point
 - o symptomatologie :
 - surdité progressive3 points
 - et bilatérale3 points
 - acouphènes1 point
 - o signes physiques :
 - normalité tympanique3 points
 - épreuve de Lewis négative1 point
 - o signes impédancemétriques :
 - tympanométrie normale1 point
 - absence de réflexe stapédien2 points
 - o données de l'audiométrie :
 - Rinne bilatéral3 points
 - labyrinthisation1 point

Question 6

10 points

Quel autre examen complémentaire vous faut-il ?

- Selon les recommandations des références médicales opposables, la forte suspicion du diagnostic d'otospongiose effectuée sur l'examen clinique, l'impédancemétrie et l'audiométrie tonale ne doit pas aboutir à la réalisation d'examens complémentaires supplémentaires, en particulier à orientation radiologique10 points

Question 7

17 points

Que lui proposer alors ?

- Devoir d'information :5 points
 - o nature de la maladie1 point
 - o évolutivité potentielle1 point
 - o choix thérapeutique (abstention, chirurgie, audioprothèses)1 point
 - o avec avantages et inconvénients de chacun2 points
- Du fait du jeune âge de la patiente :1 point
 - o du Rinne audiométrique important1 point
 - o et du début de labyrinthisation1 point
 - o l'indication opératoire s'avère licite4 points

COMMENTAIRES

Une surdité de transmission, a fortiori bilatérale, avec un examen tympanique normal doit faire évoquer en premier lieu une otospongiose.

Les diagnostics différentiels existent mais sont rares :

- aplasie mineure de l'oreille (surdité non évolutive),
- rupture traumatique de chaîne ossiculaire (antécédent de traumatisme crânien),
- autres plus rares : ankylose uncudomalléaire, ostéoporose, maladie de Lobstein.

En théorie, devant la suspicion d'une otospongiose, il n'y a pas de place pour le scanner des rochers. En pratique, cet examen est volontiers effectué, notamment pour éliminer les diagnostics différentiels.

Le traitement chirurgical est très efficace : amélioration spectaculaire de l'audition, disparition potentielle des acouphènes, diminution voire arrêt de l'évolution (notamment de la labyrinthisation ou otospongiose cochléaire).

Le devoir d'information est fondamental sur une chirurgie dite fonctionnelle, ce d'autant qu'il existe des risques de vertiges et de cophose (surdité totale définitive) post-opératoires.

L'intervention vise en une exploration d'oreille initiale pour assurer le diagnostic positif (constater la continuité ossiculaire et l'absence de mobilité de la platine de l'étrier lors de la mobilisation du marteau) puis en une stapédecotomie (ablation de l'étrier) avant de remplacer ce dernier par une prothèse.

Dossier 13

Mme Q., 56 ans, vous est adressée par son gynécologue pour une adénopathie cervicale apparue il y a environ 2 mois.

L'interrogatoire révèle plusieurs antécédents

- une hystérectomie il y a 6 ans pour des fibromyomes utérins,
- une appendicectomie à l'âge de 17 ans,
- une hypercholestérolémie traitée par fibrates

Aucun autre symptôme ne semble gêner la patiente.

L'examen cervical objective une adénopathie dans le territoire jugulo-carotidien moyen (zone III) droit de 3 cm de diamètre, sphérique, dure, indolore et semblant adhérer au plan profond. La palpation cervicale retrouve également 4 autres adénopathies mesurant moins de 2 cm dans les zones II et IV du même côté mais ayant les mêmes caractéristiques. Le reste de l'examen physique est sans particularité.

Question 1

Qu'a comporté le reste de votre examen physique ?

Question 2

Quelles sont les caractéristiques d'une adénopathie inflammatoire ?

Question 3

Quel bilan complémentaire prescrivez-vous ?

La patiente revient 4 jours après avec les résultats du bilan.



Question 4

Commentez le cliché ci-dessus.

Question 5

Une ponction cytologique conclue à la présence d'un adénocarcinome. Quelles sont les localisations tumorales cervicofaciales primitives théoriquement possibles ?

Question 6

L'échographie cervicale met en évidence 2 nodules infracentimétriques du lobe thyroïdien droit. En supposant qu'il s'agisse d'un carcinome papillaire, quel est le traitement à lui proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

26 points

Qu'a comporté le reste de votre examen physique ?

- Palpation thyroïdienne.....3 points
- Palpation parotidienne3 points
- Palpation sous-maxillaire2 points
- Examen de la cavité buccale :
 - o lèvres1 point
 - o joues1 point
 - o langue mobile1 point
 - o plancher buccal (+++)1 point
 - o gencives1 point
 - o commissure intermaxillaire.....1 point
- Examen de l'oropharynx :
 - o loge amygdalienne (+++) avec palpation.....3 points
 - o voile du palais.....1 point
 - o palpation de la base de langue.....1 point
 - o paroi pharyngée postérieure.....1 point
- Examen à la fibre optique :
 - o du rhinopharynx (+++)3 points
 - o des fosses nasales1 point
 - o du larynx1 point
 - o et de l'hypopharynx.....1 point

Question 2

15 points

Quelles sont les caractéristiques d'une adénopathie inflammatoire ?

- Fermeté sans dureté3 points
- Douleur (spontanée et/ou déclenchée à la palpation)3 points
- Chaleur locale3 points
- Mauvaise délimitation3 points
- Éventuellement, érythème cutané en regard3 points

Question 3

20 points

Quel bilan complémentaire prescrivez-vous ?

- Examens biologiques :
 - o hémogramme.....2 points
 - o marqueurs de l'inflammation :
 - vitesse de sédimentation1 point
 - C-reactive protein (CRP)1 point
 - o sérologies virales :
 - VIH.....1 point
 - EBV1 point
 - CMV1 point
- Intradermo-réaction2 points
- Examens radiologiques :
 - o radiographie thoracique face et profil3 points
 - o échographie cervicale.....4 points
- Ponction cytologique échoguidée.....4 points

Question 4

17 points

La patiente revient 4 jours après avec les résultats du bilan.

Commentez le cliché ci-dessous :

- Scanner cervical :3 points
 - o en coupe horizontale1 point
 - o avec injection.....2 points
 - o passant par la mandibule1 point
- Mise en évidence d'un processus latéro-cervical droit2 points
- De forme globalement ovale2 points
- Située dans la zone III2 points
- Prenant le contraste en périphérie :2 points
 - o avec une zone centrale hypodense2 points

Question 5

22 points

Une ponction cytologique conclue à la présence d'un adénocarcinome. Quelles sont les localisations tumorales cervicofaciales primitives théoriquement possibles ?

- Thyroïde (+++)5 points
- Parotide (+++)5 points
- Ethmoïde.....3 points
- Glande salivaire accessoire (muqueuse buccale)3 points
- Glande sous-maxillaire3 points

Question 6

22 points

L'échographie cervicale met en évidence 2 nodules infracentimétriques du lobe thyroïdien droit. En supposant qu'il s'agisse d'un carcinome papillaire, quel est le traitement à lui proposer ?

- Exérèse chirurgicale dans un premier temps :4 points
 - o thyroïdectomie totale :4 points
 - avec examen extemporané2 points
 - o évidement cervical sélectif bilatéral emportant les zones II, III, IV et VI4 points
 - o évidement récurrentiel bilatéral4 points
- Traitement par iode radioactif en post-opératoire4 points

COMMENTAIRES

L'adénopathie cervicale est un mode de révélation fréquent de plusieurs types de cancers de la région cervicofaciale, en particulier ceux du rhinopharynx (= cavum), du sinus piriforme, de la loge amygdalienne, à un moindre niveau ceux de la thyroïde, de la parotide et du larynx.

Ne pas oublier les hémopathies malignes en particulier les lymphomes non hodgkiniens.

Le scanner cervical n'est à réaliser qu'en cas de suspicion forte d'adénopathie métastatique.

La ponction cytologique est de plus en plus effectuée. Elle n'est indiquée qu'en cas d'adénopathie chronique. Ses résultats dépendent beaucoup de l'expérience de celui qui la réalise.

La négativité du bilan initial autorise la poursuite des investigations à la recherche de causes plus rares : syphilis, maladie des griffes du chat, tularémie, maladie de Kawasaki...

Ne pas oublier, surtout chez l'enfant, la possibilité de kystes branchiaux congénitoux.

Dossier 14

Mme T, 49 ans, vient vous consulter pour un dysfonctionnement rhinosinusien chronique. En effet, elle se plaint depuis maintenant 1 an d'un écoulement sale dans la gorge associé à des mouchages fréquents surtout du côté droit et à une cacosmie. Aucun autre symptôme.

Aucun antécédent si ce n'est une hystérectomie pour fibromes multiples.

L'examen physique que vous réalisez montre un jetage postérieur, un œdème inflammatoire du cornet moyen droit et le signe pathognomonique d'une sinusite maxillaire.

-
- Question 1** De quoi faut-il s'enquérir à l'interrogatoire ?
- Question 2** Qu'est-ce qu'une cacosmie ?
- Question 3** À quelles structures se rapporte le cornet moyen ?
- Question 4** Quel est le signe pathognomonique d'une sinusite maxillaire ?
- Question 5** Y a-t-il un bilan complémentaire à prévoir ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?
- Question 6** Le médecin traitant avait déjà prescrit un scanner du massif facial. Commentez l'image ci-dessous.



- Question 7** Quel est alors le diagnostic ?
- Question 8** Quelle en est la cause probable ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

10 points

De quoi faut-il s'enquérir à l'interrogatoire ?

- État dentaire :
 - o soins dentaires récents.....5 points
 - o douleurs des dents de l'hémi-arcade supérieure droite5 points

Question 2

10 points

Qu'est-ce qu'une cacosmie ?

- C'est la perception d'une odeur désagréable en rapport avec un stimulus approprié..... 10 points

Question 3

15 points

À quelles structures se rapporte le cornet moyen ?

- Le cornet moyen délimite en dedans le méat moyen :.....5 points
 - o région de la fosse nasale où s'abouchent les sinus antérieurs (sinus maxillaire, frontal et ethmoïdal antérieur).....5 points
 - o en particulier, l'ostium du sinus maxillaire s'y jette directement.....5 points

Question 4

10 points

Quel est le signe pathognomonique d'une sinusite maxillaire ?

- Présence de pus au niveau du méat moyen..... 10 points

Question 5

20 points

Y a-t-il un bilan complémentaire à prévoir ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?

- Oui :4 points
 - o scanner du massif facial4 points
 - o panoramique dentaire4 points
 - o examen stomatologique4 points
 - o examen bactériologique du pus recueilli au niveau du méat moyen4 points

Question 6

20 points

Le médecin traitant avait déjà prescrit un scanner du massif facial.
Commenter l'image ci-dessous.

- Coupe horizontale.....5 points
- Opacité tissulaire d'allure polypoïde du sinus maxillaire droit.....5 points
- Opacité de tonalité calcique au sein de l'opacité tissulaire.....5 points
- Normalité du sinus maxillaire gauche5 points

Question 7

8 points

Quel est alors le diagnostic ?

- Sinusite maxillaire chronique droite8 points

Question 8

7 points

Quelle en est la cause probable ?

- Corps étranger d'origine dentaire7 points

COMMENTAIRES

Les sinusites chroniques se traduisent le plus souvent par des symptômes chroniques (rhinorrhée antérieure ou postérieure, obstruction nasale, dysosmies dont la cacosmie) dont il peut exister des exacerbations parfois aiguës.

On distingue les sinusites antérieures des sinusites postérieures en vertu des voies de drainage des différents sinus : méat moyen pour les sinus frontal, maxillaire et ethmoïdal antérieur, méat supérieur pour les sinus ethmoïdal postérieur et sphénoïdal.

Les sinusites maxilloires chroniques sont le plus souvent d'origine dentaire, parfois rhinogènes.

Il s'agit alors fréquemment d'un dépassement de pâte dentaire dans le sinus maxillaire sur laquelle vient se greffer un champignon (du genre *Aspergillus*) qui réalise une véritable truffe mycélienne.

Le traitement des accidents infectieux aigus rejoint celui d'une sinusite maxillaire aiguë. Le seul traitement qui vise à guérir le patient est la chirurgie (ouverture du sinus et extraction de la truffe aspergillaire).

Dossier 15

Vous revoyez en consultation Damien, 9 mois, chez qui vous avez prescrit il y a 48 h de l'amoxicilline-acide clavulanique à la dose de 80 mg/kg/j pour le traitement d'une otite moyenne aiguë purulente, la quatrième du genre en 3 mois.

Damien est toujours aussi ronchon et n'a plus l'appétit d'avant. Il accuse une fièvre de 38,3 °C, une rhinorrhée mucopurulente antérieure et un décollement du pavillon droit. L'examen otoscopique montre du côté gauche une inflammation tympanique et du côté droit le même aspect qu'il y a 48 h.

-
- Question 1** Quels sont les signes otoscopiques d'une otite moyenne aiguë purulente ?
- Question 2** Quel signe important devez-vous rechercher à la palpation ?
- Question 3** En présence d'un tel signe, quel est votre diagnostic ? Quels sont les autres arguments ?
- Question 4** Quel est le bilan complémentaire à prévoir ?
- Question 5** Quelle antibiothérapie préconisez-vous dans l'immédiat ?
- Question 6** Prévoyez-vous un traitement complémentaire ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

11 points

Quels sont les signes otoscopiques d'une otite moyenne aiguë purulente ?

- Bombement global de la membrane tympanique.....4 points
- Épaississement de la membrane tympanique, infiltrée et opaque3 points
- Otorrhée éventuelle.....2 points
- Disparition du triangle lumineux.....2 points

Question 2

18 points

Quel signe important devez-vous rechercher à la palpation ?

- Tuméfaction :6 points
 - o fluctuante6 points
 - o de la peau rétro et/ou sus-auriculaire6 points

Question 3

24 points

En présence d'un tel signe, quel est votre diagnostic ? Quels sont les autres arguments ?

- Diagnostic :
 - o mastoïdite4 points
 - o aiguë4 points
 - o extériorisée.....4 points
- Arguments :
 - o otite moyenne aiguë récente/actuelle2 points
 - o mauvaise évolution (trouble du comportement, anorexie, aspect tympanique inchangé)2 points
 - o fièvre2 points
 - o décollement du pavillon2 points
 - o tuméfaction rétro-auriculaire.....2 points
 - o fluctuation2 points

Question 4

14 points

Quel est le bilan complémentaire à prévoir ?

- Paracentèse :[0 à la question si oublié] 4 points
 - o avec prélèvement du pus.....2 points
 - o pour analyse bactériologique2 points
- Numération Formule Sanguine.....2 points
- Dosage de la CRP2 points
- Scanner des rochers.....2 points

Question 5

16 points

Quelle antibiothérapie préconisez-vous dans l'immédiat ?

- Antibiothérapie parentérale :5 points
 - o bactéricide.....3 points
 - o initialement probabiliste3 points
 - o puis secondairement adaptée aux résultats bactériologiques.....3 points
 - o à bonne diffusion osseuse2 points
- Par exemple :
 - o céphalosporine de 3^e génération, type ceftriaxone (ROCÉPHINE®) à la dose de 50 mg/kg/j en 1 fois
 - o aminoside type gentamycine (GENTALLINE®) à la dose de 3 mg/kg/j sur 48 h pour améliorer la bactéricidie

Question 6

17 points

Prévoyez-vous un traitement complémentaire ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?

- Oui :3 points
 - o drainage chirurgical.....6 points
 - o via une mastoïdectomie5 points
 - o puis mise en place d'une mèche permettant de réaliser des drainages.....3 points

COMMENTAIRES

La mastoïdite est toujours la complication d'une otite moyenne aiguë passée parfois inaperçue. De ce fait, elle impose la réalisation d'une paracentèse à visée bactériologique.

La forme aiguë est devenue plus rare depuis l'avènement des antibiotiques mais continue à se voir régulièrement.

La fluctuation de la tuméfaction rétro-auriculaire signe le caractère extériorisé de la mastoïdite et impose un drainage chirurgical.

Le dosage de la CRP permet d'avoir un chiffre de référence pour le suivi.

Le scanner n'est pas systématique mais a l'avantage de rechercher une complication intracérébrale (thrombophlébite du sinus latéral, empyème sous-dural, abcès intracérébral).

Jeffrey vous est amené en urgence pour une paralysie faciale gauche complète et totale apparue il y a 12 h. Il a 4 ans et ne présente aucun antécédent particulier. Son calendrier vaccinal est à jour. Aucun autre symptôme à signaler si ce n'est une anorexie depuis 48 h et une rhinopharyngite traitée par paracétamol et Josamycine par son pédiatre depuis 5 jours.

Ce dernier a fait effectuer un bilan biologique de débrouillage dont voici les résultats :

- NFS
 - GR = 4,3 millions/mm³
 - GB = 19 000/mm³ dont 82 % de polynucléaires neutrophiles
 - Plaquettes = 333 000/mm³
 - Hématocrite = 41 %
- CRP = 41 mg/l
- Ionogramme sanguin et bilan hépatique sans particularité

-
- Question 1** Compte tenu des étiologies les plus fréquentes des paralysies faciales à cet âge, quels sont les éléments à préciser lors de l'interrogatoire ?
- Question 2** Quelles informations vous apporte le bilan biologique ?
- Question 3** Au vu des résultats biologiques, vers quoi orienter votre examen physique ?
- Question 4** Quels sont les signes à rechercher pour déterminer l'origine périphérique de cette paralysie faciale ?
- Question 5** En sachant que cette paralysie faciale est la complication d'une infection bactérienne très fréquente, quel est votre diagnostic ?
- Question 6** Quel est alors le bilan complémentaire à effectuer ?
- Question 7** Quel est le traitement à mettre en place ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

18 points

Compte tenu des étiologies les plus fréquentes des paralysies faciales à cet âge, quels sont les éléments à préciser lors de l'interrogatoire ?

- Signes auriculaires :3 points
 - o otalgie1 point
 - o hypoacousie1 point
 - o otorrhée1 point
- Existence d'un traumatisme crânien3 points
- Existence de signes en faveur d'une maladie de Lyme :3 points
 - o morsure de tique1 point
 - o érythème migrant1 point
 - o arthralgies1 point
- Existence d'une tuméfaction parotidienne3 points

Question 2

12 points

Quelles informations vous apporte le bilan biologique ?

- Existence d'un syndrome inflammatoire4 points
- Existence d'une infection vraisemblablement bactérienne ..4 points
- Absence d'argument en faveur d'une hémopathie4 points

Question 3

12 points

Au vu des résultats biologiques, vers quoi orienter votre examen physique ?

- Le bilan biologique oriente vers une infection bactérienne.
L'examen physique doit donc comprendre :
 - o une prise de température à la recherche d'une fièvre .. 4 points
 - o une otoscopie à la recherche de signes en faveur d'une otite moyenne aiguë[0 à la question si oublié] 4 points
 - o un examen rachidien à la recherche de signes en faveur d'une méningite
(signes de Brudzinski et de Kernig) 4 points

Question 4

18 points

Quels sont les signes à rechercher pour déterminer l'origine périphérique de cette paralysie faciale ?

- Absence de signe neurologique3 points
- Signe de Charles Bell3 points
- Signe des cils de Souques3 points
- Signe du peaucier de Babinski3 points
- Absence de dissociation automaticovolontaire de la contraction faciale3 points
- Motricité faciale supérieure non conservée.....3 points

Question 5
10 points

En sachant que cette paralysie faciale est la complication d'une infection bactérienne très fréquente, quel est votre diagnostic ?

- Paralysie faciale otogène sur otite moyenne aiguë 10 points

Question 6
12 points

Quel est alors le bilan complémentaire à effectuer ?

- Paracentèse :[0 à la question si oublié] 4 points
 - o pour prélèvement du pus rétrotympanique.....2 points
 - o et analyse bactériologique : examen direct, cultures et antibiogramme2 points
- Test de Metz ou recherche du réflexe stapédien dont la présence est un argument de bon pronostic de la récupération faciale2 points
- Tests électriques (le test d'excitabilité de Hilger est le plus approprié pour un enfant) à répéter régulièrement (valeur pronostique)2 points

Question 7
18 points

Quel est le traitement à mettre en place ?

- Antibiothérapie :3 points
 - o probabiliste1 point
 - o à spectre large1 point
 - o parentérale1 point
 - o secondairement adaptée aux résultats de l'antibiogramme1 point
 - o une céphalosporine de 3^e génération type ceftriaxone (ROCÉPHINE®) à la dose de 50 mg/kg/j paraît être un bon choix
- Paracétamol 60 mg/kg/j selon douleur ou/et fièvre2 points
- Corticothérapie à la dose initiale de 1 mg/kg/j puis par décroissance progressive sur 15 j à discuter.....2 points
- Protection oculaire :4 points
 - o larmes artificielles régulièrement instillées1 point
 - o pommade ophtalmique à la vitamine A1 point
 - o occlusion palpébrale nocturne1 point

COMMENTAIRES

Les causes de paralysie faciale les plus fréquentes chez l'enfant sont :

- a frigore, = idiopathique,
- neurologiques centrales (tumeurs cérébrales, méningites),
- traumatiques (fractures du rocher),
- auriculaires (otite moyenne aiguë, cholestéatome),
- virales (oreillons +++),
- bactériennes (maladie de Lyme).

Devant toute paralysie faciale, la première question à se poser est de savoir si elle est centrale ou périphérique. L'examen physique donne pratiquement toujours la réponse.

Devant toute paralysie faciale périphérique, il faut s'enquérir de son importance en évaluant sa sévérité par un testing musculaire de Freyss (note de 0 à 30) ou par un grade de House et Brackmann (0 à 6). Une paralysie faciale complète est notée respectivement 0 (Freyss) et 6 (House et Brackmann).

Devant toute paralysie faciale périphérique, il est nécessaire de réaliser une otoscopie à la recherche d'une cause auriculaire.

La paracentèse est, dans le cadre d'une paralysie faciale otogène, obligatoire comme devant toute complication otitique.

Le diagnostic de localisation se passe ici des examens habituels (test de Shirmer, test de Blatt, test de Metz) puisque la cause est connue.

Les tests électriques apportent une valeur pronostique à la condition qu'ils soient réalisés de façon rigoureuse, répétée et bilatérale (le côté sain est supposé normal et sert de référence). Le test d'excitabilité de Hilger est le plus simple d'emploi et donc répétable facilement ce qui lui confère une bonne acceptabilité pour l'enfant.

La corticothérapie est discutable : elle semble accélérer le temps de récupération mais pas son pourcentage.

Le pronostic de la paralysie faciale est à l'œil. Ne jamais omettre sa protection.

Mlle T., 19 ans, vous est adressée par son médecin généraliste pour une angine aigue ne cédant pas à un traitement antibiotique. L'histoire a commencé il y a 7 jours avec une odynophagie fébrile d'apparition progressive associée à une otalgie droite. Dès lors, l'alimentation orale est devenue problématique alors même qu'est apparue une asthénie intense. Son médecin lui a prescrit des antalgiques de niveau 1, des bains de bouche et de l'amoxicilline. En 24 h est apparue une éruption cutanée diffuse ayant fait porter le diagnostic d'allergie à la pénicilline. Elle a donc été mise sous érythromycine à la dose de 1g x 2 par jour depuis 4 jours. Elle se plaint toujours d'une odynophagie et d'une asthénie importante.

L'examen physique révèle un oropharynx globalement inflammatoire avec 2 volumineuses amygdales inflammatoires, érythémateuses et cryptiques. On note également une polyadénopathie cervicale inflammatoire. Le reste de l'examen ORL est sans particularité.

-
- Question 1** D'après l'aspect oropharyngé, s'agit-il d'une angine bactérienne ou virale ?
- Question 2** Quels signes physiques auraient pu vous orienter vers une origine virale ?
- Question 3** Quelle est votre suspicion diagnostique ? Sur quels arguments ?
- Question 4** Il existe une indication à réaliser des examens complémentaires. Quelle est-elle ?
- Question 5** Quels examens complémentaires réalisez-vous ? Qu'en attendez-vous ?
- Question 6** Le diagnostic suspecté est confirmé. Quel traitement instaurez-vous ?
- Question 7** Doit-on redouter des complications à distance ? Si oui, lesquelles ? Sinon, pourquoi ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

8 points

D'après l'aspect oropharyngé, s'agit-il d'une angine bactérienne ou virale ?

- L'aspect oropharyngé ne permet jamais de présumer de l'origine bactérienne ou virale d'une angine.....8 points

Question 2

10 points

Quels signes physiques auraient pu vous orienter vers une origine virale ?

- Taux en faveur d'une rhinopharyngite associée.....3 points
- Rhinorrhée en faveur d'une rhinopharyngite associée.....3 points
- Splénomégalie en faveur d'une mononucléose infectieuse.....4 points

Question 3

21 points

Quelle est votre suspicion diagnostique ? Sur quels arguments ?

- Mononucléose infectieuse sur les arguments suivants :.....8 points
 - o terrain : adulte jeune2 points
 - o symptomatologie :
 - odynophagie.....1 point
 - asthénie2 points
 - o signes d'examen :
 - angine2 points
 - adénopathies cervicales inflammatoires1 point
 - reste de l'examen ORL normal.....1 point
 - o évolution :
 - éruption sous amoxicilline2 points
 - persistance sous 4 j d'antibiothérapie probabiliste ...2 points

Question 4

8 points

Il existe une indication à réaliser des examens complémentaires. Quelle est-elle ?

- Angine persistante malgré traitement antibiotique8 points

Question 5

24 points

Quels examens complémentaires réalisez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

- NFS :4 points
 - o syndrome mononucléosique2 points
 - o hyperlymphocytose1 point
 - o thrombopénie.....1 point
- Bilan hépatique :2 points
 - o augmentation modérée des transaminases1 point
- MNI test :4 points
 - o recherche d'anticorps dirigés contre le virus2 points
- Dosage d'IgM anti-VCA :2 points
 - o en cas de MNI test négatif.....1 point
- Prélèvements bactériologiques locaux :2 points
 - o pour éliminer toute bactérie résistante2 points

Question 6

15 points

Le diagnostic suspecté est confirmé. Quel traitement instaurez-vous ?

- Traitement symptomatique :5 points
 - o antalgiques niveau 22 points
 - o antipyrétiques2 points
 - o repos au lit.....2 points
 - o alimentation moulinée ou liquide.....2 points
 - o hydratation2 points

Question 7

16 points

Doit-on redouter des complications à distance ? Si oui, lesquelles ? Sinon, pourquoi ?

- Oui2 points
- Complications :
 - Sanguines : anémie hémolytique, purpura thrombopénique, cryoglobulinémie, syndrome d'activation macrophagique3 points
 - Générales : syndrome de fatigue chronique (fébricule, céphalées, myalgies, odynophagie, troubles visuels, troubles de la concentration, irritabilité...)2 points
 - Encéphaliques : encéphalite, méningite.....2 points
 - Spléniques : rupture de rate2 points
 - Hépatiques : hépatite2 points
 - Cardiaques : myocardite.....1 point
 - Pulmonaires : pneumonie1 point
 - Rénales : néphrite1 point

COMMENTAIRES

La mononucléose infectieuse est une maladie fréquente correspondant à une primo-infection symptomatique au virus d'Epstein Barr, famille des herpès virus.

Le virus se transmet par la salive, exceptionnellement par transfusion sanguine.

80 % des adultes sont porteurs du virus, 20 % sont excréteurs asymptomatiques pouvant donc le transmettre.

La présentation habituelle est celle d'une angine pseudomembraneuse volontiers asthénique avec fébricule et adénopathies cervicales inflammatoires. L'aspect pseudomembraneux peut être précédé par un aspect érythémateux. Tout type d'angines peut néanmoins se voir.

L'enduit membraneux est grisâtre, non adhérent et respecte la luette ce qui l'oppose point par point à l'enduit diphtérique, autrement plus rare mais plus inquiétant également.

La splénomégalie est présente dans 1 cas sur 2.

L'éruption cutanée, intéressant plus particulièrement le tronc et la racine des membres, de nature maculopapuleuse, survenant après la prise d'ampicilline ou d'amoxicilline, est très évocatrice. Il s'agit d'une réaction spécifique due à l'infection et en aucun cas à une allergie. La pénicilline et ses dérivés ne sont donc pas contre-indiqués par la suite.

La sensibilité du MNI test est de 80 % en cas d'infection récente.

L'évolution est bonne en 2 à 3 semaines. Les complications sont rares.

Les corticoïdes ne trouvent leur indication que lors de certaines complications : anémie, hépatite notamment.

Dossier 18

Anissa, 11 ans, est adressée aux urgences par son pédiatre pour suspicion d'ethmoïdite aiguë. Sans antécédent particulier, elle présente depuis 8 jours une rhinorrhée fébrile qui ne se passe pas sous traitement symptomatique et céphalosporine de 3^e génération orale depuis 5 jours. Elle se plaint de céphalées depuis 48 heures, mal systématisées par l'enfant. La rhinorrhée n'est pas franche et intéresse les 2 fosses nasales. Il existe une tuméfaction de l'angle interne de l'œil gauche, douloureuse à la palpation. La fièvre est à 39,4 °C.

Le pédiatre a prescrit un scanner du massif facial sans injection dont voici une des coupes



Question 1 S'agit-il vraiment d'une ethmoïdite ? Si oui, quels sont les arguments ? Si non, pourquoi ?

Question 2 Comment complétez-vous l'examen physique ?

Question 3 Quelles sont les autres causes de tuméfaction douloureuse de l'angle interne de l'œil ?

Question 4 Commentez le cliché tomodensitométrique.

Question 5 Quelle est votre attitude thérapeutique ?

Question 6 Sur quels éléments portez-vous votre surveillance ?

Au bout de 48 heures, Anissa est toujours fébrile alors même que sont apparus des signes oculo-orbitaires : œdème palpébral, exophtalmie douloureuse et immobilité du globe.

Question 7 Quels sont alors les 3 signes cliniques à rechercher ?

Question 8 En présence de ces signes, quel diagnostic supposez-vous ? Comment le confirmer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

15 points

S'agit-il vraiment d'une ethmoïdite ? Si oui, quels sont les arguments ?
Si non, pourquoi ?

- Oui :2 points
- Terrain : enfant2 points
- Symptomatologie :
 - o rhinorrhée.....2 points
 - o céphalées.....1 point
- Signes physiques :
 - o fièvre2 points
 - o tuméfaction douloureuse de l'angle interne de l'œil.....2 points
- Mauvaise évolution de la rhinopharyngite initiale malgré les antibiotiques.....2 points
- Données de l'imagerie : opacité complète, unilatérale du labyrinthe ethmoïdal gauche.....2 points

Question 2

14 points

Comment complétez-vous l'examen physique ?

- Recherche des signes de méningite[0 à la question si oublié] 4 points
- Nasofibroskopie à la recherche de pus au niveau du méat moyen :.....3 points
 - o qui affirmerait le diagnostic clinique1 point
 - o qui pourrait être prélevé pour diagnostic bactériologique.....1 point
- Otoscopie1 point
- Examen cutané de la face1 point
- Examen dentaire1 point
- Examen ophtalmologique.....2 points

Question 3

14 points

Quelles sont les autres causes de tuméfaction douloureuse de l'angle interne de l'œil ?

- Affections oculaires :
 - o dacryocystite2 points
 - o conjonctivite.....2 points
- Affections cutanées :
 - o cellulite à point de départ cutané.....2 points
 - o furoncle palpébral2 points
 - o piqûre d'insecte2 points
 - o érysipèle phlegmoneux2 points
- Cellulite d'origine dentaire2 points

Question 4

11 points

Commentez le cliché tomodensitométrique.

- Scanner du massif facial2 points
- Sans injection1 point
- Coupe horizontale1 point
- Opacité complète du labyrinthe ethmoïdal gauche3 points
- Transparence normale des autres sinus visibles.....2 points
- Contenu orbitaire sans particularité2 points

Question 5

19 points

Quelle est votre attitude thérapeutique ?

- Hospitalisation en urgence2 points
- Voie d'abord veineuse avec garde veine.....1 point
- Double antibiothérapie :4 points
 - o parentérale2 points
 - o à large spectre initialement.....1 point
 - o éventuellement adaptée aux résultats des prélèvements bactériologiques1 point
- On préconise :
 - o une C3G type cefotaxime (100 à 200 mg/kg/j)2 points
 - o fosfomycine (100 à 200 mg/kg/j)2 points
 - o +/- un aminoside pour améliorer la bactéricidie1 point
- Traitement antalgique/antipyrétique.....1 point
- Surveillance clinique.....2 points

Question 6

12 points

Sur quels éléments portez-vous votre surveillance ?

- Clinique (+++) :2 points
 - o température1 point
 - o douleurs (oculaires, crâniennes)1 point
 - o signes oculaires :2 points
 - exophtalmie et son caractère réductible1 point
 - mobilité du globe oculaire1 point
 - acuité visuelle.....1 point
 - réflexes photomoteurs.....1 point
- Radiologique si aggravation clinique avec scanner du massif facial.....2 points

Au bout de 48 heures, Anissa est toujours fébrile alors même que sont apparus des signes oculo-orbitaires : œdème palpébral, exophtalmie douloureuse et immobilité du globe.

Question 7

9 points

Quels sont alors les 3 signes cliniques à rechercher ?

- Acuité visuelle.....3 points
- Réductibilité du globe.....3 points
- Réflexes photomoteurs3 points

Question 8

7 points

En présence de ces signes, quel diagnostic supposez-vous ?
Comment le confirmer ?

- Diagnostic suspecté : abcès intra-orbitaire4 points
- C'est le scanner du massif facial avec injection
qui confirmera le diagnostic.....3 points

COMMENTAIRES

L'ethmoïdite aiguë est une complication sinusienne d'une rhinopharyngite, relativement rare mais potentiellement dangereuse du fait de la diffusion de l'inflammation dans l'orbite, l'étage antérieur de la base du crâne et l'encéphale.

Ce cas illustre la présentation d'une ethmoïdite non extériorisée, passant volontiers inaperçue avant le stade extériorisé, plus bruyant.

Toute suspicion d'ethmoïdite extériorisée impose la réalisation d'un scanner du massif facial sans et avec injection à la recherche d'une collection orbitaire.

L'existence de céphalées dans un contexte fébrile doit faire suspecter le diagnostic de méningite.

L'intensification du traitement antibiotique est nécessaire devant la mauvaise évolution de l'infection. Au mieux, celui-ci sera guidé par les résultats d'un prélèvement de pus au niveau du méat moyen.

La surveillance clinique est impérative et se doit d'être rapprochée.

L'aggravation clinique (majoration des signes oculopalpebraux malgré le traitement antibiotique) trahit un échappement au traitement médical. Elle impose la réalisation d'un scanner du massif facial sans et avec injection à la recherche d'un abcès dont le traitement est automatiquement chirurgical.

Dossier 19

Mr Y., 21 ans, est arrivé il y a 6 heures par SAMU, victime d'un accident de circulation en vélo. Aucun antécédent si ce n'est une allergie connue aux pénicillines.

Arrivé dans le coma avec un score de Glasgow à 7, il est actuellement intubé et ventilé. Son bilan lésionnel fait pour l'instant état :

- d'une rupture de rate pour laquelle il a été opéré,
- d'une fracture ouverte du genou gauche opérée également,
- d'une hémorragie intracérébrale avec inondation ventriculaire associée à une fracture non déplacée de l'écaille temporale gauche,
- d'une fracture du malaire gauche.

L'interne d'ORL a été appelé devant l'existence d'une otorragie gauche qui ne se tarit pas. L'examen otoscopique, après aspiration du sang, montre une plaie de la paroi antérieure du conduit associée à une perforation subtotale du tympan.

-
- Question 1** Quelles sont les origines possibles de cette otorragie post-traumatique ?
- Question 2** Que comporte, à ce stade du bilan, votre examen clinique ?
- Question 3** Le reste de votre examen est sans particularité. Poursuivez-vous par des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ? Sinon, pourquoi ?
- Question 4** Finalement, il s'agit d'une fracture longitudinale du rocher associée à une fracture du tympanal. Est-ce une surprise ? Pourquoi ?
- Question 5** Quel est le risque fonctionnel de ce genre de fracture ?
- Question 6** Quels sont alors les examens complémentaires à prévoir dès que le patient sera vigile ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

18 points

Quelles sont les origines possibles de cette otorragie post-traumatique ?

- Plaie du conduit3 points
- Fracture du tympanal3 points
- Déchirure tympanique3 points
- Hémotympan extériorisé3 points
- Fracture du rocher3 points
- Blessure vasculaire (veine jugulaire interne, artère carotide interne)3 points

Question 2

18 points

Que comporte, à ce stade du bilan, votre examen clinique ?

- Manœuvre de Pierre Marie et Foix :8 points
 - o à la recherche d'une paralysie faciale4 points
- Recherche d'une otoliquorrhée6 points

Question 3

22 points

Le reste de votre examen est sans particularité. Poursuivez-vous par des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ? Sinon, pourquoi ?

- Oui :5 points
- Scanner du rocher :6 points
 - o sans injection1 point
 - o fenêtre osseuse1 point
 - o coupes millimétriques1 point
 - o à la recherche :
 - d'une fracture5 points
 - et de ses dégâts potentiels (fracture ou disjonction ossiculaire, solution de continuité translabyrinthique)3 points

Question 4

19 points

Finalement, il s'agit d'une fracture longitudinale du rocher associée à une fracture du tympanal. Est-ce une surprise ? Pourquoi ?

- Non car plusieurs arguments en faveur d'une telle lésion :5 points
 - o argument de fréquence (75 % des fractures du rocher)3 points
 - o point d'impact (latéral +++)3 points
 - o otorragie3 points
 - o lésion du nerf facial peu fréquente (20 %)3 points
 - o brèche dure-mérienne peu fréquente2 points

Question 5

12 points

Quel est le risque fonctionnel de ce genre de fracture ?

- Atteinte de l'audition :6 points
 - o par surdité de transmission6 points

Question 6

11 points

Quels sont alors les examens complémentaires à prévoir dès que le patient sera vigile ?

- Audiogramme tonal6 points
- Impédancemétrie :3 points
 - o tympanogramme1 point
 - o test de Metz1 point

COMMENTAIRES

Les fractures du rocher passent volontiers inaperçues car elles surviennent suite à un traumatisme violent chez un patient comateux (du fait des lésions cérébrales associées) chez qui l'examen clinique est nécessairement limité.

Le pronostic est avant tout fonctionnel, contrairement aux lésions associées potentiellement létales.

Ne pas oublier les risques de brèche dure-mériennes.

Les fractures longitudinales sont 3 fois plus fréquentes que les fractures transversales. Les lésions intéressent surtout l'oreille moyenne (hémotympan, dégâts ossiculaires).

La constatation d'une paralysie faciale doit faire rechercher sa date d'apparition par rapport au traumatisme. Son installation immédiate plaide en faveur d'une lésion directe (section, étirement, compression) et est une indication à une exploration chirurgicale.

Le pronostic fonctionnel auditif dépend du type de surdité et donc du mécanisme lésionnel : une surdité de perception par fracture labyrinthique est en général définitive, une surdité de transmission par fracture ossiculaire peut être améliorée.

Dossier 20

Le petit Jérémie, 3 ans, vous est amené par ses parents affolés par ce qui s'est passé récemment : alors qu'il était en train de jouer bien sagement avec ses jouets dans le salon, il a subitement poussé un drôle de cri en même temps qu'il devenait tout bleu et qu'il s'est arrêté de respirer pendant quelques secondes avant de reprendre une respiration saccadée par une toux importante.

Au moment où vous voyez l'enfant, celui-ci est parfaitement calme et complètement asymptomatique. L'examen laryngé au nasofibroscope, bien que mal toléré, est sans particularité. L'examen neurologique et pulmonaire est sans particularité. Jérémie est par ailleurs apyrique. Les parents semblent rassurés et prêts à repartir.

-
- Question 1** Quel examen paraclinique est de toute façon nécessaire à réaliser ?
- Question 2** Quels sont les signes à rechercher dans ce contexte ?
- Question 3** Quelle est votre attitude en cas de normalité ?
- Question 4** L'examen réalisé montre plusieurs anomalies attendues. Que préconisez-vous ?
- Question 5** Que dites-vous alors aux parents ?
- Question 6** Une fois le geste effectué, quelles sont les précautions d'usage à prendre ?
- Question 7** Quelles sont les complications possibles à long terme si le diagnostic n'avait pas été fait ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

12 points

Quel examen paraclinique est de toute façon nécessaire à réaliser ?

- Radiographie thoracique :5 points
 - o face :2 points
 - en inspiration et expiration3 points
 - o profil2 points

Question 2

24 points

Quels sont les signes à rechercher dans ce contexte ?

- Signe direct : visualisation du corps étranger radio opaque dans les voies aériennes inférieures (10 à 20 % des cas)4 points
- Signes indirects :
 - o signes d'emphysème localisé :4 points
 - élargissement des espaces intercostaux2 points
 - hyperclarté pulmonaire par rapport au côté sain2 points
 - o signes d'atélectasie pulmonaire :4 points
 - opacité dense, rétractile, homogène et systématisée sans bronchogramme aérien3 points
 - déviation trachéale1 point
- Normalité radiologique dans 40 à 70 % des cas4 points

Question 3

8 points

Quelle est votre attitude en cas de normalité ?

- L'existence d'un syndrome de pénétration relevé à l'interrogatoire impose la réalisation d'une endoscopie trachéobronchique quel que soit le résultat de la radiographie thoracique8 points

Question 4

10 points

L'examen réalisé montre plusieurs anomalies attendues. Que préconisez-vous ?

- Hospitalisation en urgence2 points
- Laisser à jeun2 points
- Consultation d'anesthésie2 points
- Prévoir rapidement une endoscopie trachéobronchique pour :
 - o exploration de l'arbre respiratoire2 points
 - o extraction du corps étranger2 points

Question 5

21 points

Que dites-vous alors aux parents ?

- Forte suspicion de corps étranger dans les bronches.....2 points
- Informer des risques de laisser le corps étranger
où il se trouve :3 points
 - o mobilisation au niveau laryngé et risque d'asphyxie
aiguë et donc de mort 1 point
 - o complications à long terme 1 point
 - o difficulté d'extraction en cas de sursis à l'intervention 1 point
- Nécessité d'aller voir les bronches pour être certain
du diagnostic et d'effectuer l'extraction.....2 points
- Nécessité de l'hospitaliser pour réaliser ce geste
sous anesthésie générale.....2 points
- Informer des risques du geste :3 points
 - o risques anesthésiques..... 1 point
 - o complications per-opératoires :
 - pneumothorax..... 1 point
 - blessure bronchique, trachéale, laryngée..... 1 point
 - impossibilité d'extraction nécessitant alors
une thoracotomie 1 point
 - o complications post-opératoires :
 - bronchite 1 point
 - pneumopathie 1 point

Question 6

11 points

Une fois le geste effectué, quelles sont les précautions d'usage à prendre ?

- Exploration des voies aériennes d'aval après extraction
pour vérifier leur vacuité3 points
- Vérifier la saturation après le réveil3 points
- Radiographie thoracique systématique3 points
- Discuter un traitement antibiotique et anti-inflammatoire
selon les données endoscopiques.....2 points

Question 7

12 points

Quelles sont les complications possibles à long terme si le diagnostic n'avait pas été fait ?

- Pneumopathie traînante2 points
- Infections bronchiques à répétition2 points
- Abscess pulmonaire2 points
- Bronchectasie/dilatation des bronches.....2 points
- Bronchopneumopathie chronique obstructive2 points
- Insuffisance respiratoire chronique du fait
d'une pneumonectomie.....2 points

COMMENTAIRES

L'inhalation d'un corps étranger se produit le plus souvent entre 1 et 6 ans avec un pic de fréquence à 2 - 3 ans. Le sexe masculin est prédominant.

La cacahuète est de loin la plus fréquente (50 à 70 % des cas).

L'interrogatoire se doit de retrouver un syndrome de pénétration, souvent atypique dont le caractère soudain et sans raison apparente est le plus caractéristique.

L'examen physique et radiologique est régulièrement pris en défaut. D'où la nécessité de retrouver le syndrome de pénétration.

Les 2 manifestations pulmonaires les plus typiques mais finalement assez rares sont l'emphysème localisé et l'atélectasie. L'emphysème est une distension plus ou moins localisée d'un champ pulmonaire par effet de trapping (emprisonnement de l'air inspiré par collapsus expiratoire), l'atélectasie est le collapsus d'un lobe ou d'un champ pulmonaire du fait d'une absorption d'air par la muqueuse en conséquence de l'obstruction bronchique.

L'information aux parents est primordiale, notamment pour leur faire comprendre la nécessité d'aller voir quitte à ne rien trouver. L'endoscopie systématique n'est tout de même pas une solution.

L'endoscopie trachéobronchique sur un petit organisme potentiellement instable est parfois risquée et nécessite une coopération ORL - anesthésiste de tous les instants.

La prévention secondaire est importante, à défaut d'être primaire.

Mr Y, 69 ans, vient vous consulter pour son oreille droite fort douloureuse. Il a été opéré il y a 4 jours d'un carcinome épidermoïde de l'auricule et depuis 2 jours sont apparues des douleurs progressivement croissantes, devenues insomniantes et résistantes au traitement anti-inflammatoire donné par son chirurgien. Il a par ailleurs plusieurs antécédents notoires :

- un diabète non-insulinodépendant depuis 12 ans traité par sulfamides hypoglycémiants,
- une œsophagite traitée par oméprazole,
- une coronaropathie suivie et traitée par inhibiteurs calciques et aspirine (150 mg/j)

L'examen physique de Mr Y objective un auricule droit tuméfié, rouge violacé et extrêmement douloureux à la palpation, sans collection. Le lobe apparaît normal. La cicatrice est belle. Il existe par ailleurs une tuméfaction de la région parotidienne d'allure inflammatoire et une température à 38,9 °C.

-
- Question 1** Quels sont les facteurs de risque d'un carcinome épidermoïde cutané ?
- Question 2** Quelles sont les fautes médicales effectuées par le chirurgien ?
- Question 3** Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?
- Question 4** Quels sont les diagnostics différentiels ?
- Question 5** À quoi peut correspondre la tuméfaction de la région parotidienne ?
- Question 6** Quels sont les examens complémentaires à réaliser ?
- Question 7** Quel est le traitement à instaurer ?
- Question 8** Quel est le risque de cette affection ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

12 points

Quels sont les facteurs de risque d'un carcinome épidermoïde cutané ?

- Exposition solaire2 points
- Âge avancé2 points
- Immunodépression.....2 points
- Existence d'une lésion précancéreuse
(maladie de Bowen, kératose actinique)2 points
- Microtraumatismes répétés.....2 points
- Exposition à certains toxiques (goudrons, arsenic)2 points

Question 2

15 points

Quelles sont les fautes médicales effectuées par le chirurgien ?

- Prescription d'un AINS :3 points
 - o sur un antécédent d'œsophagite.....1 point
 - o associée à la prescription d'aspirine.....1 point
 - o augmentant le risque hémorragique
sur une chirurgie récente1 point
 - o augmentant le risque d'infection chez un diabétique.....1 point
- La continuité de prescription de l'aspirine
malgré un geste chirurgical.....2 points
- Absence d'antalgiques purs.....2 points
- Absence d'antibiothérapie de couverture
chez un diabétique2 points
- Le non recours de l'insulinothérapie pour une période
de stress chirurgical.....2 points

Question 3

16 points

Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

- Périchondrite auriculaire bactérienne
- Terrain +++ :
 - o immunodépression :
 - DNID 1 point
 - âge 1 point
 - o chirurgie auriculaire récente 2 points
 - o AINS favorisant les infections 2 points
 - o absence d'antibiothérapie de couverture 1 point
 - o risques hémorragiques (aspirine non arrêtée + AINS) favorisant un othématome 1 point
- Symptômes :
 - o otalgie intense 2 points
 - o absence d'autres signes auriculaires 1 point
- Données physiques :
 - o aspect de l'auricule 2 points
 - o lobe préservé (absence de cartilage) 1 point
 - o fièvre 1 point
 - o adénopathie inflammatoire parotidienne 1 point

Question 4

10 points

Quels sont les diagnostics différentiels ?

- Othématome surinfecté (souvent collecté) 4 points
- Polychondrite chronique atrophiante en poussée 4 points
- Chondrodermatite nodulaire hélicéenne de Winkler 2 points

Question 5

6 points

À quoi peut correspondre la tuméfaction de la région parotidienne ?

- 3 causes possibles :
 - o adénite réactionnelle à l'infection 2 points
 - o métastase ganglionnaire du carcinome 2 points
 - o parotidite bactérienne 2 points

Question 6

4 points

Quels sont les examens complémentaires à réaliser ?

- Aucun 4 points

Question 7

28 points

Quel est le traitement à instaurer ?

- Urgence médicale 1 point
- Hospitalisation 1 point
- Arrêt :
 - o des sulfamides 1 point
 - o des AINS 1 point
 - o et de l'aspirine 1 point
- Traitement :
 - o antibiotique 2 points
 - o bactéricide 1 point
 - o parentéral 1 point
 - o double 1 point
 - o probabiliste 1 point
 - o à bonne diffusion tissulaire 1 point
 - o actif contre les germes incriminés (*S. aureus*,
P. aeruginosa) 2 points
 - o on associera par exemple l'acide fusidique (1,5 g/j)
à la ceftazidime (3 g/j) 1 point
- Traitement antipyrétique : paracétamol (3 g/j) 1 point
- Traitement antalgique niveau 3 : morphine orale
ou sous-cutanée 1 point
- Traitement local : pansements antiseptiques
pluriquotidiens 2 points
- Équilibration des glycémies : 2 points
 - o régime 1 point
 - o + insulinothérapie 1 point
- Traitement anticoagulant préventif 1 point
- Surveillance biquotidienne : 2 points
 - o température 1 point
 - o collection auriculaire imposant son drainage 2 points

Question 8

5 points

Quel est le risque de cette affection ?

- Nécrose septique du cartilage auriculaire
avec ses séquelles esthétiques 5 points

COMMENTAIRES

Exemple de dossier dit transversal : carcinome cutané, périchondrite bactérienne, mauvaises prescriptions médicamenteuses, polypathologies...

La périchondrite auriculaire est la complication d'une affection de l'auricule : traitement chirurgical, plaie, brûlure, piercing... Elle peut être favorisée par les mêmes facteurs que ceux favorisant les infections.

Les diagnostics différentiels sont en fait rares. L'othématome mime le tableau mais on retrouve un antécédent de traumatisme et il existe une collection, la polychondrite chronique atrophiante touche les 2 oreilles et d'autres cartilages, la chondrodermatite nodulaire hélicéenne de Winkler est exceptionnelle, survenant sur des sujets masculins et âgés.

Le traitement est une urgence, surtout sur terrain déprimé. Le traitement antibiotique se doit d'être massif d'emblée pour éviter la nécrose du cartilage.

Dossier 22

Mme B, 73 ans, est adressée aux urgences par SOS médecins, pour un vertige important avec nausées et vomissements. Elle a comme antécédent un cancer du poumon traité il y a 3 ans par chimioradiothérapie, une artérite des membres inférieurs et un anévrisme de l'aorte abdominale opéré il y a 6 mois.

Le début des troubles a commencé il y a 24 heures, au lever, avec un vertige rotatoire important associé à des nausées et des vomissements ayant duré toute la journée. C'est la première crise de vertige de sa vie.

Par ailleurs, sa fille qui l'accompagne note que sa voix a un peu changé, avec apparition d'une toux lorsqu'elle a essayé de boire par moments hier. Aucun signe auditif ; aucune céphalée.

L'examen physique note, sous lunettes de Frenzel, un nystagmus d'allure périphérique, battant du côté gauche. L'examen neurologique, succinct, montre une anesthésie à la douleur sur l'hémicorps gauche et sur l'hémiface droite, un ptosis droit et un myosis droit. Aucun déficit moteur. L'examen du larynx montre une paralysie du pli vocal droit associée une stase salivaire dans le récessus piriforme homolatéral. Station debout impossible. Apyrétique. TA 150/70.

-
- Question 1** Que manque-t-il dans l'examen physique ?
- Question 2** Quelles sont les caractéristiques d'un nystagmus d'allure périphérique ?
- Question 3** S'agit-il d'un vertige d'origine périphérique ou d'origine centrale ? Pourquoi ?
- Question 4** Quel est votre diagnostic ?
- Question 5** Quel est le mécanisme lésionnel ?
- Question 6** À quoi sont dus les vertiges ?
- Question 7** Quels sont les examens complémentaires à faire rapidement ?
- Question 8** Quel traitement proposez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

19 points

Que manque-t-il dans l'examen physique ?

- Examen otoscopique :3 points
 - o à la recherche d'une anomalie de l'oreille moyenne.....2 points
- Examen de l'oropharynx à la recherche de signes de paralysie des nerfs glossopharyngien et vague (IX et X^e part) :3 points
 - o paralysie d'un hémivoile du palais2 points
 - o paralysie des muscles constricteurs du pharynx :
 signe du rideau.....2 points
- Recherche d'un syndrome cérébelleux cinétique :3 points
 - o épreuve nez - index.....2 points
 - o épreuve des marionnettes.....2 points

Question 2

12 points

Quelles sont les caractéristiques d'un nystagmus d'allure périphérique ?

- Horizontorotatoire.....3 points
- Unidirectionnel3 points
- Diminué ou inhibé par la fixation oculaire3 points
- D'autant plus intense que le regard est porté du côté de la secousse rapide (Loi d'Alexander)3 points

Question 3

10 points

S'agit-il d'un vertige d'origine périphérique ou d'origine centrale ? Pourquoi ?

- Il s'agit d'un vertige d'origine centrale car :
 - o présence de signes neurologiques.....4 points
 - o absence de signes auditifs4 points
 - o la présence d'un nystagmus d'allure périphérique est trompeuse2 points

Question 4

6 points

Quel est votre diagnostic ?

- Syndrome de Wallenberg, coté droit6 points

Question 5

9 points

Quel est le mécanisme lésionnel ?

- Ischémie aiguë :3 points
 - o de la région rétro-olivaire du bulbe.....3 points
 - o par occlusion de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure3 points

Question 6

6 points

À quoi sont dus les vertiges ?

- Les vertiges sont dus à une atteinte ischémique des noyaux vestibulaires situés dans le pont6 points

Question 7

24 points

Quels sont les examens complémentaires à faire rapidement ?

- À visée étiologique :
 - o IRM cérébrale :4 points
 - en urgence pour prouver le diagnostic.....3 points
 - o échographie-doppler des troncs supra-aortiques à la recherche de plaques d'athérosclérose vertébrale : angio-IRM à discuter4 points
 - o échographie cardiaque à la recherche de troubles valvulaires3 points
 - o ECG à la recherche de troubles du rythme3 points
- À la recherche de complications :
 - o déshydratation :
 - ionogramme sanguin avec créatininémie3 points
 - numération - formule sanguine.....2 points
 - o pneumopathie d'inhalation :
 - radiographie du thorax (F + P)2 points

Question 8

14 points

Quel traitement proposez-vous ?

- Hospitalisation en urgence :
 - o voie d'abord veineuse2 points
 - o rééquilibration hydro-électrique si besoin.....2 points
 - o antivertigineux type acétyl D leucine.....2 points
 - o anti-émétique type dompéridone.....2 points
 - o discuter un anxiolytique.....2 points
 - o traitement de l'infarctus par anticoagulant2 points
 - o traitement de la cause éventuelle2 points

COMMENTAIRES

Le syndrome de Wallenberg est la seule cause neurologique de vertiges d'allure périphérique et de ce fait est très trompeur.

Le vertige est volontiers intense et est souvent le seul symptôme initial. L'enrichissement symptomatique provient de l'importance des lésions qui peuvent se compléter en plusieurs heures.

L'association vertige - dysphonie est évocatrice.

Les troubles de la déglutition sont un des éléments du pronostic.

Le pronostic de la lésion est relativement bon. C'est celui du terrain associé qui prévaut (lésions polyvasculaires +++).

Dossier 23

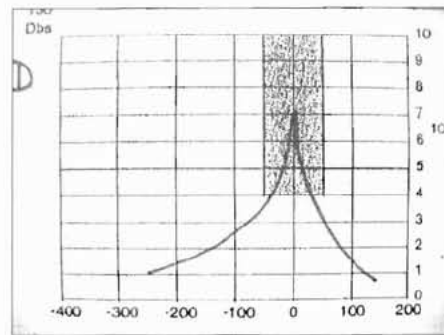
Mr P., 73 ans, sans antécédent particulier vient vous consulter, accompagné de son fils, car il est devenu sourd. Non qu'il s'en plaigne mais la communication devient difficile lors de réunions familiales et c'est donc son fils qui l'a amené à consulter

Les troubles auditifs sont apparus il y a environ 10 ans avec, semble-t-il initialement, une gêne auditive plus marquée à gauche. Puis, l'audition s'est lentement dégradée, sournoisement, pour aboutir à ce handicap social. En l'interrogeant, on se rend compte qu'il se plaint également de sifflements de la même oreille depuis plus récemment. Il n'a jamais eu de crises vertigineuses mais se sent parfois un peu déséquilibré, notamment dans l'obscurité, la nuit, lorsqu'il va aux toilettes.

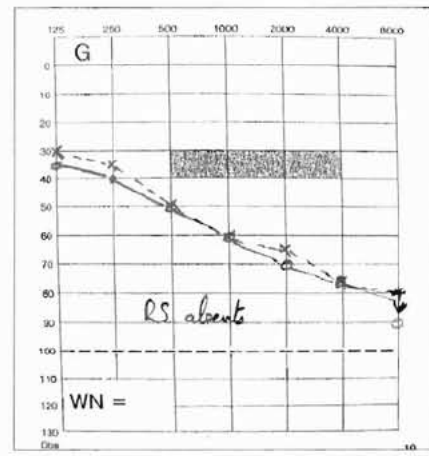
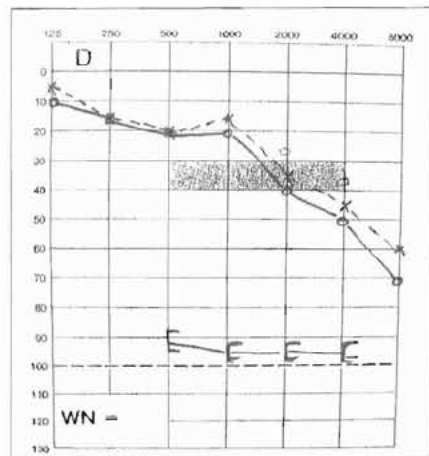
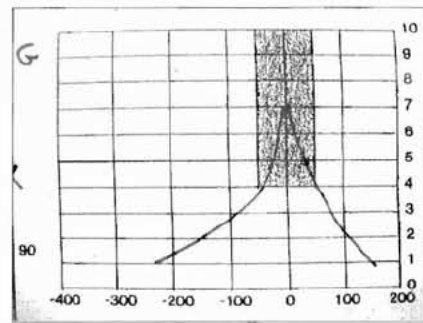
L'otoscopie met en évidence 2 bouchons de cérumen, retirés sans effort ce qui ne semble pas améliorer l'audition de Mr P. L'épreuve de Weber est latéralisée du côté droit alors que celle de Rinne est positive de chaque côté. Aucune oreille n'entend le tic-tac de la montre. Le Head Shaking Test est positif avec un nystagmus horizontorotatoire battant à droite, il existe une déviation des index vers la gauche.

Vous effectuez une impédancemétrie complète et un audiogramme tonal et vocal.

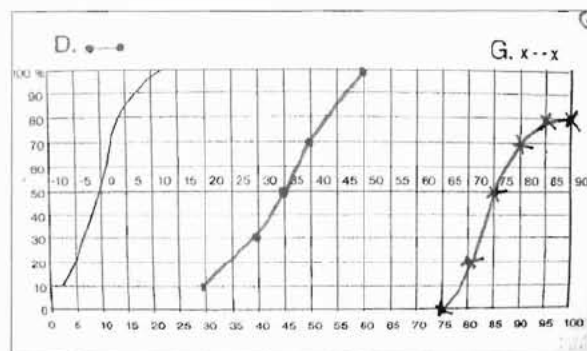
Droit



Gauche



(RS = Réflexes stapédiens)



- Question 1** Quelles conclusions tirez-vous de l'examen clinique présenté ?
- Question 2** Que manque-t-il dans l'examen clinique de ce patient ?
- Question 3** Analysez les données des examens complémentaires.
- Question 4** Quels sont les arguments en faveur d'une presbycousie ?
- Question 5** Par quels moyens faut-il pousser plus loin les investigations ?
- Question 6** Quelle pathologie recherchez-vous plus particulièrement ?
- Question 7** Quels sont les arguments en faveur ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

15 points

Quelles conclusions tirez-vous de l'examen clinique présenté ?

- Surdité de perception3 points
- Bilat rale3 points
- Plus importante à gauche qu'à droite3 points
- Déficit vestibulaire périphérique gauche3 points
- Compensé.....3 points

Question 2

11 points

Que manque-t-il dans l'examen clinique de ce patient ?

- Interrogatoire :
 - o existence de céphalées.....2 points
 - o existence :
 - d'une dysphonie.....1 point
 - ou d'une dysphagie1 point
- Examen physique :
 - o recherche d'une atteinte du nerf trijumeau :
 - sensibilité de la face1 point
 - présence du réflexe corn en2 points
 - o recherche d'une atteinte du nerf facial :
 - motricité de la face1 point
 - o recherche d'une atteinte des nerfs mixtes :
 - motricité pharyngée.....1 point
 - motricité laryngée.....1 point
 - motricité du muscle trapèze
et sternocl idomasto dien1 point

Question 3

14 points

Analysez les données des examens complémentaires.

- Impédancemétrie
 - o tympanogramme normal.....1 point
 - o abolition des réflexes stapédiens du côté gauche =
absence de recrutement2 points
- Audiogramme tonal :
 - o surdité de perception pure2 points
 - o bilatérale.....1 point
 - o plus importante à gauche qu'à droite2 points
 - o descendante sur les aigus1 point
- Audiogramme vocal
 - o altération de l'intelligibilité bilatérale :2 points
 - plus importante à gauche qu'à droite.....1 point
 - o à gauche, le seuil d'intelligibilité est nettement
plus abaissé que ne l'auraient laissé supposer
les courbes de l'audiogramme tonal.....2 points

Question 4

7 points

Quels sont les arguments en faveur d'une presbyacousie ?

- Terrain
 - o âge2 points
- Caractéristiques de la surdité :
 - o bilatérale.....1 point
 - o de perception.....1 point
 - o aggravation progressive1 point
 - o gênant plus l'entourage que le sujet1 point
- Examens paracliniques :
 - o normalité du tympanogramme.....1 point

Question 5

19 points

Par quels moyens faut-il pousser plus loin les investigations ?

- Examen vestibulaire calorique calibré.....5 points
- Potentiels Évoqués Auditifs5 points
- IRM cérébrale :5 points
 - o centrée sur les méats acoustiques internes2 points
 - o sans et avec injection de gadolinium.....2 points

Question 6

14 points

Quelle pathologie recherchez-vous plus particulièrement ?

- Neurinome de l'acoustique gauche :.....8 points
 - o ou toute autre pathologie rétrocochléaire
du même côté6 points

Question 7

22 points

Quels sont les arguments en faveur ?

- Symptomatologie :
 - o surdité d'aggravation progressive2 points
 - o acouphènes intermittents ipsilatéraux.....2 points
 - o troubles de l'équilibre dans l'obscurité2 points
 - o absence de vertige2 points
- Examen physique :
 - o normalité tympanique.....2 points
 - o données de l'acoumétrie (surdité de perception
asymétrique).....2 points
 - o déficit vestibulaire périphérique ipsilatérale
à la surdité, compensé.....3 points
- Examens paracliniques :
 - o surdité de perception pure asymétrique2 points
 - o atteinte de l'intelligibilité plus importante que ne
laissent supposer les courbes d'audiogramme tonal2 points
 - o absence de recrutement2 points
 - o normalité du tympanogramme.....1 point

COMMENTAIRES

L'intérêt de ce dossier est le suivant : ne pas mésestimer une surdité asymétrique et donc de l'attribuer à une presbycousie. Celle-ci obéit à des règles diagnostiques précises.

L'autre intérêt est de pointer l'analyse d'un audiogramme et celle d'une impédancemétrie.

Le neurinome de l'acoustique se caractérise essentiellement par un déficit cochléovestibulaire unilatéral et une croissance très lente. Les signes associés dépendent de la taille de la tumeur.

La rareté de ce genre de tumeur ne doit pas faire oublier son existence potentielle devant toute surdité de perception unilatérale qui n'a pas fait la preuve de son origine.

Dossier 24

Mr A., 65 ans, vous est adressé par un service de soins pour avis sur une tumeur otite auriculaire gauche. Il bénéficie depuis 2 mois de pansements sur cette lésion qui semble évoluer dans le mauvais sens.

Dans ses antécédents, on note des troubles du rythme cardiaque ayant nécessité il y a 6 mois la pose d'un pace maker et l'existence d'une hypertension artérielle traitée par amlodipine.

La lésion intéresse principalement la région mastoïdienne et sous-auriculaire. Elle mesure 6 cm de diamètre, de type ulcérobourgeonnant. Elle ne donne aucune douleur mais présente du pus et saigne facilement au contact. Elle envahit la partie inférieure de l'auricule et une partie de la région parotidienne. L'examen otoscopique et cervical est sans particularité. Il existe par ailleurs une paralysie périphérique gauche apparue il y a 4 jours.

-
- Question 1** Quels sont les rapports antérieurs de la mastoïde ?
- Question 2** Comment expliquer que la lésion saigne à chaque contact ?
- Question 3** Quelles sont les origines possibles d'une telle tumeur ?
- Question 4** À quoi peut-être due la paralysie faciale périphérique ?
- Question 5** Quels sont les examens paracliniques à effectuer ?
- Question 6** Il s'agit d'un carcinome épidermoïde dont l'extension osseuse n'intéresse que la mastoïde et le tympanal. Quel traitement proposez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

18 points

Quels sont les rapports antérieurs de la mastoïde ?

- Méat acoustique externe9 points
- Nerf facial9 points

Question 2

12 points

Comment expliquer que la lésion saigne à chaque contact ?

- Le processus carcinomateux inclut une néoangiogénèse :...4 points
 - o aboutissant à la fabrication de vaisseaux fragiles.....4 points
 - o dont le seul contact induit une brèche4 points

Question 3

10 points

Quelles sont les origines possibles d'une telle tumeur ?

- Peau : carcinome épidermoïde3 points
- Parotide3 points
- Métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures.....2 points
- Métastase cutanée : carcinome rénal.....2 points

Question 4

16 points

À quoi peut-être due la paralysie faciale périphérique ?

- Une atteinte de la 3^e portion mastoïdienne :4 points
 - o par invasion osseuse mastoïdienne.....2 points
 - o par invasion périnerveuse rétrograde à partir du foramen stylomastoïdien2 points
- Une atteinte du nerf au niveau du foramen stylomastoïdien4 points
- Une atteinte du nerf dans la parotide4 points

Question 5

25 points

Quels sont les examens paracliniques à effectuer ?

- Biopsies :4 points
 - o sous anesthésie locale2 points
 - o avec envoi des prélèvements au laboratoire d'anatomopathologie3 points
 - o pour étude microscopique2 points
- Scanner :3 points
 - o sans et avec injection :1 point
 - du rocher pour bilan de l'atteinte osseuse.....2 points
 - du cou pour :2 points
 - bilan locorégional : parotide1 point
 - bilan des adénopathies cervicales1 point
- Consultation d'anesthésie2 points
- IRM contre-indiquée[0 à la question si IRM effectuée] 2 points

Question 6

19 points

Il s'agit d'un carcinome épidermoïde dont l'extension osseuse n'intéresse que la mastoïde et le tympanal. Quel traitement proposez-vous ?

- Chirurgical avant tout visant à :4 points
 - o l'exérèse de toute la lésion avec une marge importante (10 - 15 mm)2 points
 - o une parotidectomie totale.....2 points
 - o un évidement latérocervical homolatéral2 points
 - o une mastoïdectomie plus ou moins élargie selon le degré d'extension.....2 points
 - o avec reconstruction de la perte de substance par lambeau musculocutané pédiculé (grand pectoral ou grand dorsal)2 points
- Complémentaire avec radiothérapie externe :3 points
 - o sur le site tumoral1 point
 - o et éventuellement sur les relais ganglionnaires1 point

COMMENTAIRES

Au vu de l'aspect tumoral (ulcérobourgeonnant) et de la rapidité d'évolution, le diagnostic étiologique est probablement un carcinome épidermoïde (anciennement spinocellulaire).

La taille de cette tumeur lui confère un pronostic sombre.

Le diagnostic histologique est, comme pour toute tumeur, impératif.

Ne pas oublier les contre-indications de l'IRM.

Du fait du bon état général du patient, l'intervention chirurgicale s'avère licite bien que mutilante.

La radiothérapie vient en complément pour diminuer le risque de récurrence.

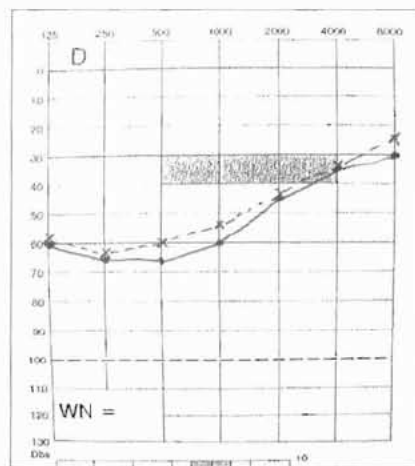
Dossier 25

Mr L., 44 ans, vous est adressé par son médecin traitant pour une hypoacousie droite survenue il y a 3 jours, brutalement à son réveil. Il est enrhumé depuis 5 jours sans aucun traitement.

Il a pour antécédent une obésité ($BMI = 31$) et un asthme non allergique traité par bronchodilatateur et corticothérapie locale.

L'examen physique note une muqueuse nasale note congestive. L'otoscopie est sans particularité. L'acoumétrie au diapason un test de Weber latéralisé à gauche et un test de Rinne positif sur les 2 oreilles.

L'audiogramme tonal fait rapidement est représenté ci-dessous.



Question 1

Quelles sont les questions à poser au patient ?

Question 2

De quel type de surdité est atteint le patient ?

Question 3

Quelles peuvent en être les étiologies ?

Question 4

Quel bilan complémentaire faut-il prévoir ?

Question 5

Quel traitement instaurez-vous ?

Question 6

S'il s'agissait du 3^e épisode et que parallèlement il existe des vertiges rotatoires, quels sont les diagnostics à évoquer ?

Question 4

17 points

Quel bilan complémentaire faut-il prévoir ?

- Audiogramme vocal2 points
- Impédancemétrie :1 point
 - o tympanométrie1 point
 - o recherche des seuils du réflexe stapédien1 point
- Examens vestibulaires caloriques calibrés3 points
- Potentiels Évoqués Auditifs3 points
- Bilan biologique :
 - o NFS1 point
 - o ionogramme sanguin, créatininémie1 point
 - o glycémie à jeun, cholestérolémie, triglycéridémie1 point
 - o vitesse de sédimentation1 point
- Sérologies virales à discuter1 point
- Sérologie syphilitique.....1 point

Question 5

23 points

Quel traitement instaurez-vous ?

- Urgence neurosensorielle2 points
- Hospitalisation2 points
- Repos.....2 points
- Garde veine1 point
- Traitement anti-inflammatoire :
 - corticoïdes IV (1 mg/kg/j)4 points
- Amélioration de la rhéologie sanguine :2 points
 - o hémodilution normovolémique1 point
 - o anti-agrégation plaquettaire1 point
 - o vasodilatation artérielle1 point
 - o oxygénothérapie hyperbare1 point
- Mannitol IV si suspicion d'hydrops endolymphatique.....2 points
- Surveillance :
 - o tolérance du traitement.....2 points
 - o efficacité du traitement (audiogrammes répétés)2 points

Question 6

12 points

S'il s'agissait du 3^e épisode et que parallèlement il existe des vertiges rotatoires, quels sont les diagnostics à évoquer ?

- Maladie de Ménière4 points
- Fistule périlymphatique.....4 points
- Labyrinthite syphilitique2 points
- Neurinome de l'acoustique.....2 points

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

15 points

Quelles sont les questions à poser au patient ?

- Antécédents familiaux de surdité.....2 points
- Profession2 points
- Occupations : tirs, concerts de rock, boîtes de nuit.....2 points
- Antécédents personnels de surdité2 points
- Antécédents d'intervention otologique2 points
- Existence d'un facteur déclenchant.....2 points
- Existence de symptômes associés :
 - o acouphène 1 point
 - o vertiges 1 point
 - o otalgies 1 point

Question 2

9 points

De quel type de surdité est atteint le patient ?

- Surdité de perception :.....5 points
 - o pure 1 point
 - o unilatérale3 points

Question 3

22 points

Quelles peuvent en être les étiologies ?

- Traumatisme sonore.....2 points
- Blast auriculaire.....2 points
- Barotraumatisme.....2 points
- Accident de décompression.....2 points
- Fracture du rocher translabyrinthique2 points
- Neurinome de l'acoustique.....2 points
- Crise de Ménière.....2 points
- Labyrinthite.....2 points
- Surdité auto-immune2 points
- Sclérose en plaque2 points
- Surdité brusque2 points

COMMENTAIRES

Une surdité d'apparition brutale qui n'a pas fait la preuve de son origine est une surdité brusque. C'est donc un diagnostic d'élimination.

Une surdité d'apparition brutale peut être le premier signe d'un neurinome de l'acoustique. Il faut donc rechercher des signes (aréflexie vestibulaire sur les examens vestibulaires caloriques calibrés, augmentation des latences des ondes I - V sur les PEA) sur les examens complémentaires à réaliser systématiquement.

Le seul traitement qui ait prouvé son efficacité dans les surdités brusques est la corticothérapie par voie générale.

Dossier 26

Mr U, 31 ans, d'origine thaïlandaise, vient vous voir car depuis 1 mois, il entend nettement moins bien du côté droit et il perçoit des chuintements bizarres de ce même côté. Son médecin traitant lui a prescrit une IRM cérébrale pour essayer de comprendre pourquoi il avait de tels symptômes.

L'examen ORL est sans particularité hormis l'examen physique des oreilles et notamment l'otoscopie droite qui montre un tympan infiltré et jaune. Le test au diapason amène aux conclusions suivantes : Rinne négatif à droite, positif à gauche, Weber latéralisé à droite

Ci-dessous l'IRM cérébrale avec une coupe inférieure passant par le massif facial



-
- Question 1** Que vous évoquent les données de l'examen physique ?
- Question 2** Pourquoi avoir effectué une IRM cérébrale dans ces conditions ?
- Question 3** Au vu du cliché, quelle est la région anatomique atteinte ?
- Question 4** Quels sont les différents types de lésion que l'on peut trouver à cet endroit ? Quelle est la plus probable, vu le contexte ?
- Question 5** Quel est alors le bilan complémentaire à réaliser ?
- Question 6** En considérant qu'il s'agit effectivement du type de lésion le plus probable et qu'à l'issue du bilan, elle soit classée T1N0M0, quel traitement lui proposer ?
- Question 7** Sur quoi fondez-vous votre surveillance ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

10 points

Que vous évoquent les données de l'examen physique ?

- Otoscopie : otite séromuqueuse5 points
- Acoumétrie : surdité de transmission droite5 points

Question 2

5 points

Pourquoi avoir effectué une IRM cérébrale dans ces conditions ?

- Aucune indication d'IRM cérébrale devant une otite séromuqueuse. Le médecin aurait dû regarder les tympans avant de prescrire un tel examen.5 points

Question 3

8 points

Au vu du cliché, quelle est la région anatomique atteinte ?

- Cavum :5 points
 - o côté droit3 points

Question 4

18 points

Quels sont les différents types de lésion que l'on peut trouver à cet endroit ? Quelle est la plus probable, vu le contexte ?

- Végétations adénoïdes3 points
- Kystes3 points
- Cancers :3 points
 - o carcinome indifférencié type UCNT3 points
 - o carcinome épidermoïde3 points
 - o lymphome3 points

Question 5

31 points

Quel est alors le bilan complémentaire à réaliser ?

3 volets

- Affirmation du diagnostic = cavoscopie sous anesthésie générale :5 points
 - o analyse lésionnelle précise1 point
 - o réalisation de biopsies :2 points
 - pour étude anatomopathologique1 point
- Bilan d'extension :
 - o scanner facial :2 points
 - et cervical :2 points
 - extension osseuse de contiguïté1 point
 - extension ganglionnaire de proximité1 point
 - o IRM du cavum/base du crâne :2 points
 - espaces parapharyngés1 point
 - trous de la base du crâne1 point
 - o radiographie thoracique +/- scanner thoracique1 point
 - o échographie hépatique :1 point
 - + bilan hépatique biologique1 point
 - o scintigraphie osseuse au Technétium 99m2 points
 - o consultation d'ophtalmologie avec fond d'œil1 point
- Bilan pré-thérapeutique :
 - o audiogramme tonal1 point
 - o impédancemétrie1 point
 - o sérologie EBV2 points
 - o panoramique dentaire2 points

Question 6

13 points

En considérant qu'il s'agit effectivement du type de lésion le plus probable et qu'à l'issue du bilan, elle soit classée T1N0M0, quel traitement lui proposer ?

- Traitement de référence :
 - o radiothérapie5 points
 - o externe :3 points
 - 65-70 grays sur la tumeur en curatif3 points
 - 50 grays sur les aires ganglionnaires en prophylactique2 points

Question 1*15 points*

Sur quoi fondez-vous votre surveillance ?

- Clinique : 1 point
 - o examen du cavum au nasofibroscope 2 points
 - o otoscopie 2 points
 - o aires ganglionnaires cervicales 2 points
 - o paires crâniennes 2 points
- Paraclinique : 1 point
 - o sérologies EBV 2 points
 - o bilan hépatique biologique 1 point
 - o radiographie thoracique 1 point
 - o imagerie complémentaire en cas de suspicion
de récurrence 1 point

COMMENTAIRES

Les cancers type UCNT ont quelques caractéristiques remarquables :

- ils sont liés à une infection muqueuse par le virus d'Epstein Barr,
- ils ne sont pas liés à une intoxication alcoolotobagique,
- leur incidence varie énormément selon l'origine géographique des patients,
- ils sont radiosensibles.

Il faut les concevoir, dans leur pouvoir d'extension, comme des tumeurs de la base du crâne et des espaces profonds de la face.

Ils sont souvent découverts à un stade avancé puisqu'on estime à 75-80 % le nombre de cas où il existe des métastases ganglionnaires. L'(les) adénopathie(s) cervicale(s) est(sont) souvent une circonstance de découverte.

Les métastases les plus courantes (30 % des cas) sont osseuses d'où la nécessité d'une scintigraphie systématique.

Le taux d'anticorps anti-EBV est un assez bon marqueur d'évolutivité.

Le pronostic n'est pas très bon du fait de la forte lymphophilie de la tumeur.

Dossier 27

Mme B., 33 ans, vient vous voir pour un dysfonctionnement rhinosinusien chronique

Elle n'a aucun antécédent si ce n'est 2 grossesses qui se sont très bien déroulées. Aucun traitement actuel à part du paracétamol en cas de douleur.

Tout a commencé il y a 1 an avec un rhume qui a traîné en longueur et qui ne s'est jamais complètement terminé puisque la patiente décrit une rhinorrhée antérieure mucopurulente d'intensité variable selon les multiples traitements antibiotiques prescrits par son médecin traitant. Elle se plaint par ailleurs d'avoir un écoulement au fond de la gorge qu'elle est obligée d'avaler ou de cracher, nauséabond avec une toux intermittente. Elle ressent souvent des mauvaises odeurs de pourri.

L'examen physique note une apyrexie et la présence de pus au niveau du méat moyen droit.

Elle vous a apporté des clichés de scanner (cf. ci-dessous).



-
- Question 1** Qu'est-ce que le méat moyen ?
- Question 2** Que manque-t-il dans l'interrogatoire ?
- Question 3** Que manque-t-il dans l'examen physique ?
- Question 4** Décrivez les clichés de scanner.
- Question 5** Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?
- Question 6** Quel est le traitement qui vous semble adapté ?
- Question 7** Contre quoi mettez-vous en garde la patiente ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

12 points

Qu'est-ce que le méat moyen ?

- Le méat moyen est une zone anatomique de la fosse nasale :2 points
 - o compris entre en dehors la partie moyenne de la paroi intersinusal.....3 points
 - o et en dedans le cornet moyen3 points
- C'est la zone où s'abouche l'ensemble des sinus antérieurs de la face4 points

Question 2

12 points

Que manque-t-il dans l'interrogatoire ?

- Existence de soins dentaires/douleur dentaire3 points
- Unilatéralité ou bilatéralité des troubles.....3 points
- Rechercher une immunodépression2 points
- Existence de douleur faciale.....2 points
- Existence d'épistaxis2 points

Question 3

12 points

Que manque-t-il dans l'examen physique ?

- Prélèvement du pus pour analyse bactériologique.....4 points
- Examen dentaire4 points
- Examen pharyngé et laryngé.....2 points
- Recherche d'une douleur provoquée à la palpation sous-orbitaire2 points

Question 4

15 points

Décrivez les clichés de scanner.

- Scanner du massif facial2 points
- Coupe horizontale et coronale.....2 points
- Opacité complète du sinus maxillaire droit :3 points
 - o en faveur d'une sinusite maxillaire2 points
- Microcalcifications :2 points
 - o au sein de cette opacité.....1 point
 - o évocatrices d'une truffe aspergillaire.....3 points

Question 5

19 points

Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

- Sinusite maxillaire :3 points
 - o rhinorrhée antérieure et postérieure1 point
 - o pus au niveau du méat moyen2 points
- Chronique :2 points
 - o évolution depuis plus de 3 mois2 points
- D'origine dentaire :3 points
 - o cacosmie2 points
- Probablement aspergillaire :2 points
 - o image radiologique évocatrice2 points

Question 6

18 points

Quel est le traitement qui vous semble adapté ?

- Consultation de stomatologie pour traiter la dent causale3 points
- Traitement chirurgical :4 points
 - o méatotomie moyenne droite4 points
 - o ouverture du sinus maxillaire droit pour drainage2 points
 - o et exérèse de la truffe aspergillaire2 points
 - o prélèvements bactériologiques, mycologiques et anatomopathologiques à prévoir3 points

Question 7

12 points

Contre quoi mettez-vous en garde la patiente ?

- Mise en garde contre les risques du traitement chirurgical :
 - o effraction orbitaire : hématome intra-orbitaire, cécité3 points
 - o effraction du canal lacrymo-nasal : epiphora, dacryocystite3 points
 - o dysesthésies/douleurs dentaires supérieures droites2 points
 - o épistaxis au déméchage2 points
 - o échec/récidive2 points

COMMENTAIRES

Cas de sinusite chronique localisée qui, la plupart du temps, admet une cause locale.

La plus fréquente des sinusites chroniques localisées est la sinusite maxillaire chronique dont l'étiologie est le plus souvent dentaire.

Parmi les causes dentaires, il existe les corps étrangers simples (pâtes dentaires, dents surnuméraires) et ceux sur lesquels se sont greffés des champignons, *Aspergillus fumigatus*, sous la forme d'une truffe aspergillaire.

La cacosmie est évocatrice de sinusite dentaire.

Les sinusites chroniques ont le plus souvent un fond symptomatique torpide sur lequel surgissent des épisodes de réchauffement plus ou moins bruyants.

L'interrogatoire vise à rechercher une étiologie (dentaire ou tumorale [épistaxis, unilatéralité des troubles]) et l'enveloppe évolutive avec notamment l'existence de poussée (douleur faciale)

L'image présentée est typique d'une truffe aspergillaire.

Le traitement est exclusivement chirurgical ; il n'existe aucune place pour les antimycotiques.

Dossier 28

Mr U., 60 ans, vous est adressé en urgence par son médecin généraliste, pour suspicion de paralysie récurrentielle droite.

Ce patient a été opéré il y a 8 jours d'une endartériectomie carotidienne droite pour la cure chirurgicale d'une oblitération du flux artériel découvert dans le bilan d'accidents vasculaires ischémiques transitoires. Il a présenté en post-opératoire immédiat des fausses-roues, des régurgitations nasales et une gêne à la déglutition ayant entraîné une perte de poids de 6 kg.

Il est fébrile (38-38,5 °C) et a été mis sous amoxicilline-acide clavulanique par son médecin. La cicatrice cervicale est sans particularité. Le patient présente une toux avec expectorations sales. Sa muqueuse orale est sèche.

L'examen au nasofibroscope montre une paralysie nette du pli vocal droit avec une hyperadduction du pli vocal gauche.

-
- Question 1** Que vous évoque la symptomatologie de ce patient ?
- Question 2** Comment le confirmer cliniquement ?
- Question 3** Outre la chirurgie de la carotide, quels sont les autres types de chirurgie à risque pour le nerf récurrent ?
- Question 4** À quoi doit-on penser également devant une dysphonie après une chirurgie sous anesthésie générale ?
- Question 5** En quoi la paralysie récurrentielle s'en différencie-t-elle ?
- Question 6** Quels examens complémentaires sont à réaliser dans l'immédiat pour ce patient ?
- Question 7** Quelles sont les grandes lignes de la prise en charge thérapeutique immédiate de ce patient ?
- Question 8** Que lui proposer comme traitement spécifique de la paralysie de son pli vocal ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

22 points

Que vous évoque la symptomatologie de ce patient ?

- Une pneumopathie de déglutition :4 points
 - o fièvre2 points
 - o toux2 points
 - o expectorations2 points
 - o troubles de la déglutition à type de fausses-roues2 points
- Une paralysie du nerf pneumogastrique :4 points
 - o fausses-roues évocatrices d'une paralysie récurrentielle et d'une atteinte sensitive muqueuse2 points
 - o dysphagie évocatrice (dans ce contexte) d'une paralysie des constricteurs du pharynx2 points
 - o régurgitations nasales évocatrices d'une paralysie du voile du palais2 points

Question 2

14 points

Comment le confirmer cliniquement ?

- De la pneumopathie :
 - o augmentation des vibrations vocales2 points
 - o et diminution du murmure vésiculaire :2 points
 - dans le territoire pulmonaire droit2 points
- De la paralysie du nerf pneumogastrique :
 - o recherche d'une paralysie vélaire droite4 points
 - o signes fibroscopiques :
 - stase salivaire dans le récessus piriforme droit2 points
 - mauvaise ouverture du récessus piriforme droit2 points

Question 3

15 points

Outre la chirurgie de la carotide, quels sont les autres types de chirurgie à risque pour le nerf récurrent ?

- Chirurgie :
 - o de la thyroïde3 points
 - o des parathyroïdes3 points
- Chirurgie œsophagienne3 points
- Chirurgie trachéale2 points
- Chirurgie rachidienne par abord antérieur2 points
- Chirurgie thoracique gauche2 points

Question 4

8 points

À quoi doit-on penser également devant une dysphonie après une chirurgie sous anesthésie générale ?

- Arthrite4 points
- De l'articulation crico-aryténoïdienne4 points

Question 5

8 points

En quoi la paralysie récurrentielle s'en différencie-t-elle ?

- Immobilité : 2 points
 - o active 2 points
 - o et passive 2 points
 - o du pli vocal 1 point
 - o constatée à la palpation lors d'une laryngoscopie directe 1 point

Question 6

11 points

Quels examens complémentaires sont à réaliser dans l'immédiat pour ce patient ?

- Radiographie thoracique face + profil pour confirmer la pneumopathie 4 points
- Examen bactériologique des crachats : 2 points
 - o avec examen direct, cultures et antibiogramme 2 points
- Examens biologiques pour rechercher une déshydratation :
 - o ionogramme sanguin 1 point
 - o hématoците 1 point
 - o créatininémie et urémie 1 point

Question 7

12 points

Quelles sont les grandes lignes de la prise en charge thérapeutique immédiate de ce patient ?

- Hospitalisation 2 points
- Réhydratation et équilibre électrolytique par voie parentérale 2 points
- Pose d'une sonde nasogastrique pour réalimentation entérale 2 points
- Traitement antibiotique pour la pneumopathie 2 points
- Kinésithérapie respiratoire 2 points
- Orthophonie pour rééducation de la déglutition 2 points

Question 8

10 points

Que lui proposer comme traitement spécifique de la paralysie de son pli vocal ?

- Rééducation orthophonique 2 points
- Traitement chirurgical : 4 points
 - o médialisation du pli vocal par implantation d'une prothèse paraglottique = thyroplastie 2 points
 - o augmentation du volume du pli vocal par injection d'un produit de remplissage (graisse autologue, téflon) 2 points

COMMENTAIRES

La paralysie récurrentielle la plus fréquente est iatrogène : en tant que complication opératoire. Le contexte est suffisamment parlant pour pouvoir se passer d'une recherche étiologique plus poussée.

Le symptôme le plus typique est la dysphonie et notamment la voix bitonale.

Les troubles de la déglutition et notamment les fausses-routes sont plus rares. Ils sont alors plus évocateurs d'une paralysie du nerf pneumogastrique dont la branche laryngée supérieure assure l'innervation muqueuse.

La paralysie du nerf pneumogastrique associe des troubles moteurs laryngés (paralysie d'un pli vocal), des troubles moteurs pharyngés (dysphagie, stase salivaire des récessus piriformes) et des troubles moteurs vélares (régurgitations nasales, rhinolalie ouverte).

L'intubation nécessaire lors d'interventions chirurgicales sous anesthésie générale peut aboutir à une paralysie récurrentielle par compression du nerf récurrent intralaryngé ou à un trouble de la mobilité vocale par atteinte traumatique de l'articulation crico-aryténoïdienne.

La constatation de fausses routes doit conduire à la suppression de toute alimentation par voie orale pour prévenir une pneumopathie de déglutition.

Mme Y., 37 ans, vient vous consulter pour une paralysie de l'hémi-face gauche apparue il y a 24 heures, sans facteur déclenchant apparent.

Célibataire et sans enfant, elle occupe un poste important dans la communication de son entreprise. Elle fume 20 cigarettes par jour depuis une quinzaine d'années. Elle est sous un antidépresseur depuis 1 mois, suite au décès de sa mère (cancer mammaire métastatique).

Elle vous rapporte l'existence de céphalées depuis une dizaine de jours ayant fait suite à des myalgies et une asthénie ayant duré 15 jours. Elle se plaint également de douleurs articulaires intéressant le genou droit depuis 7 jours et d'une gêne oculaire. Aucune notion de traumatisme, de tuméfaction parotidienne, d'otalgie ou d'otorrhée. Votre examen constate effectivement une paralysie de l'hémi-face gauche, complète et totale sans autre anomalie neurologique. L'examen otoscopique est sans particularité. L'examen oculaire note 2 yeux rouges avec sécrétions sales. Le genou droit est tuméfié et chaud. La température est à 36,9 °C, la TA à 145/80 mmHg.

Son médecin lui a prescrit une numération formule sanguine qui est normale.

-
- Question 1** Comment confirmer cliniquement qu'il s'agit bien d'une paralysie faciale périphérique ?
- Question 2** Quelles sont les données de l'interrogatoire qui orienteraient vers le diagnostic supposé ?
- Question 3** Quel est votre diagnostic ? Quels sont vos arguments ?
- Question 4** Quel en est le facteur étiologique ?
- Question 5** Comment le mettre en évidence ?
- Question 6** Quels sont les autres organes pouvant être atteints par la maladie ?
- Question 7** Quelles sont les lésions cutanées pouvant être retrouvées à ce stade de l'évolution ?
- Question 8** Quel traitement proposez-vous en sachant que le diagnostic est confirmé ?
- Question 9** Quels sont les éléments de la prévention secondaire ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

15 points

Comment confirmer cliniquement qu'il s'agit bien d'une paralysie faciale périphérique ?

- Signe des cils de Souques3 points
- Signe de Charles Bell3 points
- Signe du peaucier de Babinski3 points
- Absence de dissociation automaticovolontaire dans les mimiques.....3 points
- Atteinte identique des territoires inférieur et supérieur des muscles faciaux3 points

Question 2

9 points

Quelles sont les données de l'interrogatoire qui orienteraient vers le diagnostic supposé ?

- Promenade en forêt datant de 1 à 3 mois3 points
- Morsure de tique à l'occasion de cette promenade3 points
- Érythème migrant chronique très caractéristique3 points

Question 3

12 points

Quel est votre diagnostic ? Quels sont vos arguments ?

- Borréliose de Lyme sur les arguments suivants :
 - o paralysie faciale périphérique3 points
 - o mono-arthrite3 points
 - o syndrome pseudogrippal.....2 points
 - o conjonctivite.....2 points
 - o absence de signes en faveur d'une autre cause2 points

Question 4

9 points

Quel en est le facteur étiologique ?

- Bactérie de type spirochète3 points
- *Borrelia burgdorferi*3 points
- Transmis lors d'une morsure de tique du genre *Ixode*3 points

Question 5

10 points

Comment le mettre en évidence ?

- Tests sérologiques par méthode ELISA4 points
- Confirmation par Western Blott :4 points
 - o ou plus récemment par *Polymerase Chain Reaction*.....2 points

Question 6

14 points

Quels sont les autres organes pouvant être atteints par la maladie ?

- Cœur :3 points
 - o troubles de conduction2 points
 - o péricardite voire myocardite2 points
- Système Nerveux Central :3 points
 - o méningite lymphocytaire d'évolution prolongée2 points
 - o encéphalomyélite/myélite2 points

Question 7

6 points

Quelles sont les lésions cutanées pouvant être retrouvées à ce stade de l'évolution ?

- Lymphocytome cutané bénin3 points
- Acrodermatite chronique atrophiante ou maladie de Pick-Herxheimer3 points

Question 8

13 points

Quel traitement proposez-vous en sachant que le diagnostic est confirmé ?

- Traitement antibiotique de la phase tertiaire :5 points
 - o céphalosporine de 3^e génération4 points
 - o pendant 21 jours4 points

Question 9

12 points

Quels sont les éléments de la prévention secondaire ?

- Porter des vêtements couvrants et ajustés4 points
- Employer des répulsifs comme ceux utilisés contre les moustiques4 points
- S'examiner tout le corps lors du retour d'un séjour (ou promenade) en zone à risque de rencontrer des tiques afin de décrocher toutes celles ayant pu se fixer (le risque d'infestation par le spirochète est d'autant plus élevé que le temps de fixation de la tique aura été long)4 points

COMMENTAIRES

Dossier de maladie infectieuse pouvant être amené par une paralysie faciale périphérique.

On distingue 3 phases à cette maladie infectieuse :

- a. Phase primaire : éruption cutanée au niveau de la morsure (apparaissant au bout de quelques jours) qui s'élargit vers la périphérie. Elle passe inaperçue dans 30 % des cas.
- b. Phase secondaire : malaise général, asthénie, myalgies, céphalées, frissons, fièvre sont le témoin de la propagation de l'infection dans l'organisme.
- c. Phase tertiaire : manifestations variées et variables de l'atteinte pluriviscérale de l'infection : articulaire, nerveuse, cardiaque, cutanée, oculaire.

Le diagnostic est principalement clinique (promenade en zone d'endémie + érythème migrant). En l'absence de l'un des deux critères, un test sérologique est préférable.

Les tests sérologiques par méthode ELISA sont assez sensibles mais il existe tout de même 40 % de faux négatifs. On a alors souvent recours à un test de confirmation, soit le Western Blott, soit la PCR.

Le traitement antibiotique varie selon les phases :

- phases primaire et secondaire : amoxicilline ou macrolide pendant 15 à 21 j,
- phase tertiaire : céphalosporine de 3^e génération pendant 21 j.

Dossier 30

Mr C., 41 ans, sans antécédent, vient consulter pour de violentes céphalées apparues il y a 24 h, rebelles au traitement antalgique de niveau 2. Il n'existe ni nausée ni vomissement.

Le patient raconte qu'il est enrhumé depuis 7 jours et qu'il ne s'est pas traité initialement. Il a consulté un généraliste hier qui a diagnostiqué une sinusite maxillaire aiguë et l'a mis sous traitement antibiotique (amoxicilline - acide clavulanique 2 g/j). Il n'a pas du tout été amélioré et se retrouve avec des céphalées à point de départ frontal gauche irradiant dans toute la tête.

L'examen note une température à 38,7 °C, une tension artérielle à 150/95, un pouls à 112. L'examen général est rassurant mais le patient est prostré. L'examen endonasal montre un cornet moyen gauche turgescent et l'absence de pus. L'intensité de la douleur sur une échelle EVA est notée à 9.

-
- Question 1** Quelles sont les causes de céphalées fébriles ?
- Question 2** Laquelle retenez-vous ? Argumentez.
- Question 3** Une imagerie vous semble-t-elle licite ? Si oui, laquelle ? Sinon, pourquoi ?
- Question 4** Quel traitement entreprenez-vous dans l'immédiat ?
- Malgré votre traitement, le patient se plaint de nouveau de céphalées au bout de 48 h avec une température de 39 °C. Vous découvrez une tuméfaction sus-orbitaire médiane de nature inflammatoire et très douloureuse à la palpation.
-
- Question 5** Quel est votre nouveau diagnostic ?
- Question 6** Quels examens radiologiques prescrivez-vous ? Pour quelles raisons ?
- Question 7** Quel traitement mettez-vous alors en place sachant que le germe mis en évidence est *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

14 points

Quelles sont les causes de céphalées fébriles ?

- Méningite 2 points
- Méningo-encéphalite 2 points
- Neuropaludisme 2 points
- Abscès cérébral/empyème sous-dural/thrombophlébite
cérébrale 2 points
- Sphénoïdite aiguë 2 points
- Sinusite frontale aiguë/bloquée 2 points
- Ostéomyélite frontale 2 points

Question 2

13 points

Laquelle retenez-vous ? Argumentez.

- Sinusite frontale bloquée : 2 points
 - o terrain :
 - rhinite initiale 1 point
 - sinusite maxillaire aiguë rhinogène 1 point
 - traitement incomplet (corticoïdes et vasoconstricteurs
locaux non prescrits) 1 point
 - o symptomatologie : céphalées
 - origine frontale unilatérale 1 point
 - intensité (EVA > 7) 1 point
 - permanence (prostration) 1 point
 - o examen physique :
 - fièvre élevée 1 point
 - absence de pus au niveau du méat moyen 2 points
 - examen général normal 2 points

Question 3

11 points

Une imagerie vous semble-t-elle licite ? Si oui, laquelle ? Sinon, pourquoi ?

- Oui 4 points
- Radiographies de la face : 4 points
 - o Blondeau 1 point
 - o face haute 1 point
 - o face de profil 1 point

Question 4

10 points

Quel traitement entreprenez-vous dans l'immédiat ?

- Drainage du sinus frontal soit par voie externe
(clou de Lemoyne), soit par voie endonasale 10 points

Malgré votre traitement, le patient se plaint de nouveau de céphalées au bout de 48 h avec une température de 39 °C. Vous découvrez une tuméfaction sus-orbitaire médiane de nature inflammatoire et très douloureuse à la palpation.

Question 5

12 points

Quel est votre nouveau diagnostic ?

- Ostéomyélite frontale 12 points

Question 6

24 points

Quels examens radiologiques prescrivez-vous ? Pour quelles raisons ?

- Scanner du massif facial : 4 points
 - o Recherche d'une ostéolyse 2 points
 - o Recherche d'un séquestre osseux 2 points
 - o Intérêt dans le bilan préopératoire (repères anatomiques) 2 points
- Scanner cérébral : 4 points
 - o Dépistage des complications septiques endocrâniennes 2 points
- Scintigraphie osseuse : 4 points
 - o Valeur diagnostique 2 points
 - o Outil de surveillance (sa normalité est synonyme de guérison) 2 points

Question 7

16 points

Quel traitement mettez-vous alors en place sachant que le germe mis en évidence est *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline ?

- Traitement double :
 - o chirurgical : 4 points
 - ablation des séquestres osseux 2 points
 - et des zones ostéitiques 2 points
 - o médical : 2 points
 - antibiothérapie 1 point
 - bactéricide 1 point
 - synergique 1 point
 - parentérale initialement 1 point
 - efficace sur le germe incriminé 1 point
 - à bonne pénétration osseuse 1 point
 - exemple : Pénicilline M + aminosides

COMMENTAIRES

La majorité des sinusites aiguës sont rhinogènes.

Le traitement de la sinusite aiguë passe par un triptyque : antibiothérapie, corticothérapie générale, vasoconstriction locale.

Une sinusite frontale bloquée est très douloureuse.

Son traitement de référence est le drainage. Celui-ci est de plus en plus effectué par voie endonasale.

Les sinusites frontales sont celles qui se compliquent le plus souvent. Dans la majorité des cas, il s'agit de complications endocrâniennes septiques : méningite, empyème sous-dural, abcès intracérébral.

Plus rarement, on assiste à une ostéomyélite frontale dont le diagnostic clinique peut facilement être mis en défaut.

Son traitement médical est en général prolongé, le temps pour les antibiotiques de stériliser l'infection osseuse.

Mr Z., 75 ans vient vous voir pour des épistaxis récidivantes du côté gauche associées à une obstruction nasale homolatérale évoluant depuis environ 6 mois.

Il a pour antécédent une broncho-pneumopathie chronique obstructive post-tabagique nécessitant une oxygénation avec lunettes nasales 18 H/24 et un traitement bronchodilatateur, une valvulopathie aortique opérée et nécessitant un traitement anticoagulant à base d'acénocoumarol, une hypertension artérielle bien équilibrée par hydrochlorothiazide, un cancer rénal opéré il y a 8 ans et suivi tous les 6 mois.

Il n'existe aucune douleur faciale ni rhinorrhée ni trouble de l'odorat. Un précédent ORL lui a cautérisé la cloison nasale à 2 reprises mais cela n'a eu aucun résultat.

L'examen au spéculum nasal montre du côté gauche une croûte hémorragique de la partie antérieure de la cloison. Vous vous apprêtez à réaliser une 3^e cautérisation lorsque vous vous apercevez que vous avez omis un examen endonasal au fibroscope.

Question 1 Que vous permet la fibroscopie nasale que ne vous permet pas la rhinoscopie au spéculum ?

Question 2 Vu le tableau, quelles sont les causes possibles de cette épistaxis ?

Question 3 Qu'est-ce qui vous fait penser qu'il existe une autre cause à ses épistaxis que cette lésion septale ?

L'examen fibroscopique vous fait découvrir une masse tumorale provenant de la face latérale du cornet moyen gauche.

Question 4 Où peut être l'origine de cette tumeur ?

Question 5 Compte tenu de cette origine et du terrain, quels sont les types histologiques les plus probables ?

Question 6 Quelle est la précaution à prendre avant de réaliser des biopsies de cette tumeur ?

Le bilan lésionnel aboutit au diagnostic d'adénocarcinome ethmoïdal gauche dont l'extension reste limitée aux cavités nasosinusiennes (T3N0M0)

Question 7 Quel traitement proposez-vous au patient ?

Le patient vous apprend qu'il a travaillé en tant qu'ouvrier dans une scierie. Il vous demande si son cancer est en rapport avec la profession qu'il a exercée.

Question 8 Que lui répondez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

10 points

Que vous permet la fibroscopie nasale que ne vous permet pas la rhinoscopie au spéculum ?

- Observation des 2/3 postérieurs de la fosse nasale.....2 points
- Observation de la fente olfactive2 points
- Observation du méat moyen2 points
- Observation du cavum2 points
- Observation du récessus sphéno-ethmoïdal2 points

Question 2

12 points

Vu le tableau, quelles sont les causes possibles de cette épistaxis ?

- Ulcération septale du fait de l'utilisation des lunettes nasales.....3 points
- À-coups hypertensifs.....3 points
- Hypocoagulabilité sanguine3 points
- Tumeur endonasale non vue à la rhinoscopie3 points

Question 3

15 points

Qu'est-ce qui vous fait penser qu'il existe une autre cause à ses épistaxis que cette lésion septale ?

- L'âge.....3 points
- Les antécédents :3 points
 - o hypertension artérielle1 point
 - o traitement anticoagulant1 point
 - o cancer rénal1 point
- L'absence de résultats probants des cautérisations3 points
- L'obstruction nasale3 points

L'examen fibroscopique vous fait découvrir une masse tumorale provenant de la face latérale du cornet moyen gauche.

Question 4

8 points

Où peut être l'origine de cette tumeur ?

- Sinus maxillaire gauche.....4 points
- Ethmoïde antérieur gauche4 points

Question 5
16 points

Compte tenu de cette origine et du terrain, quels sont les types histologiques les plus probables ?

- Adénocarcinome5 points
- Métastase de cancer rénal4 points
- Lymphome3 points
- Carcinome adénoïde kystique2 points
- Carcinome épidermoïde2 points

Question 6
12 points

Quelle est la précaution à prendre avant de réaliser des biopsies de cette tumeur ?

- Bilan biologique de l'hémostase :3 points
 - o TP – TCA1 point
 - o INR1 point
 - o numération plaquettaire1 point
- Arrêt préalable des anticoagulants oraux3 points
- Relais par HBPM3 points

Le bilan lésionnel aboutit au diagnostic d'adénocarcinome ethmoïdal gauche dont l'extension reste limitée aux cavités nasosinusiennes (T3N0M0).

Question 7
15 points

Quel traitement proposez-vous au patient ?

- Chimiothérapie néo-adjuvante3 points
- Exérèse chirurgicale :4 points
 - o ethmoïdectomie totale en double équipe (ORL + Neurochirurgie)4 points
- Radiothérapie externe complémentaire sur lit tumoral4 points

Le patient vous apprend qu'il a travaillé en tant qu'ouvrier dans une scierie. Il vous demande si son cancer est en rapport avec la profession qu'il a exercée

Question 8
12 points

Que lui répondez-vous ?

- Oui :2 points
 - o il existe un lien de causalité entre l'exposition chronique aux poussières de bois et la survenue d'adénocarcinomes ethmoïdaux3 points
 - o cela a été démontré par la comparaison des incidences de la maladie chez des travailleurs exposés et chez des travailleurs non exposés3 points
- Proposer une demande d'indemnisation au titre des maladies professionnelles (tableau n° 47)4 points

COMMENTAIRES

Ce dossier illustre le fait qu'il ne faut pas méconnaître une origine tumorale à des épistaxis récurrentes, notamment chez le sujet âgé et lorsqu'elles s'accompagnent d'autres symptômes rhinologiques.

Toujours vérifier l'état de l'hémostase avant de faire une biopsie.

Chez l'enfant, aucune biopsie endonasale ne doit être effectuée avant la réalisation d'un scanner voire d'une IRM du massif facial afin de dépister une éventuelle méningo-encéphalocèle congénitale.

Les tumeurs situées latéralement par rapport au cornet moyen proviennent de l'ethmoïde antérieur ou du sinus maxillaire ; celles situées médialement, de l'ethmoïde postérieur, du sphénoïde ou de la fente olfactive.

Les tumeurs nasosinusiennes sont volontiers malignes. Les plus fréquentes sont représentées par l'adénocarcinome ethmoïdal survenant chez les professionnels exposés (bois, cuir). Ce cancer est inscrit au tableau des maladies professionnelles.

Le traitement de choix de ce type de cancer est l'exérèse chirurgicale. Celle-ci doit se faire en bloc et donc, pour les grosses tumeurs (classées T3-T4), elle nécessite souvent un abord facial par l'ORL et un abord frontal par le neurochirurgien.

La radiothérapie externe complémentaire est décidée selon les résultats des berges de l'exérèse. Une chimiothérapie néo-adjuvante est de plus en plus pratiquée.

Dossier 32

Mme T., probablement dans sa 7^e décennie, algérienne et ne parlant pas français, arrive aux urgences en titubant et en se prenant la tête avec les mains.

L'interrogatoire se révèle impossible mais elle a eu la bonne idée d'amener les médicaments qu'elle semble prendre de façon régulière

- glibenclamide (DAONIL®),
- ramipril (TRIAEC®),
- pravastatine (ELISOR®),
- allopurinol (ZYLORIC®).

Elle présente une obésité manifeste et semble se plaindre de maux de tête. La position debout est difficile mais sa démarche pour venir à vous se fait avec embardées à droite et à gauche, à petits pas écartés. Une fois la patiente allongée sur un brancard, vous constatez un pouls à 120 et une température à 37,1 °C. L'examen pulmonaire, cardiaque, abdominal et articulaire est sans particularité. L'examen neurologique constate des réflexes globalement vifs et symétriques avec un signe de Babinski bilatéral. Signes de Brudzinski et Kernig sont négatifs. Aucun déficit moteur ni sensitif. Par contre, vous constatez une adiadococinésie franche. Les réflexes pupillaires sont symétriques. L'examen des paires crâniennes est sans anomalie mais vous constatez un mouvement des yeux incessant, non pendulaire, empêchant la fixation oculaire. Au moment où vous finissez votre examen, la patiente est prise de vomissements importants.

-
- Question 1** Que manque-t-il d'essentiel dans l'examen de cette patiente ?
- Question 2** Vu le contexte, à quoi pourraient être dues ses céphalées ?
- Question 3** S'agit-il de vrais vertiges ? Argumentez.
- Question 4** Que vous évoque ses troubles de l'équilibre ?
- Question 5** Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?
- Question 6** Quel(s) examen(s) complémentaire(s) effectuez-vous en urgence ? Qu'en attendez-vous ?
- Question 7** Il existe une hyperdensité spontanée des 2 lobes cérébelleux. Quel est votre diagnostic ?
- Question 8** Que devez-vous alors effectuer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

10 points

Que manque-t-il d'essentiel dans l'examen de cette patiente ?

- Prise de la tension artérielle8 points
- Examen otoscopique à la recherche d'une pathologie tympanique.....2 points

Question 2

12 points

Vu le contexte, à quoi pourraient être dues ses céphalées ?

- HTA maligne4 points
- Hypertension intracrânienne4 points
- Déshydratation4 points

Question 3

16 points

S'agit-il de vrais vertiges ? Argumentez.

- Oui :4 points
 - o existence d'un nystagmus4 points
 - o nausées/vomissements.....4 points
 - o signes neurologiques4 points

Question 4

12 points

Que vous évoque ses troubles de l'équilibre ?

- Syndrome cérébelleux.....4 points
 - o embardées.....2 points
 - o élargissement du polygone de sustentation.....2 points
 - o adiadicocinésie.....2 points
 - o nystagmus d'allure centrale (augmenté à la fixation oculaire, accompagné de signes neurologiques)2 points

Question 5

12 points

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- Causes possibles de céphalées + syndrome cérébelleux :
 - o accident vasculaire ischémique cérébelleux4 points
 - o hématome intracérébelleux4 points
 - o tumeur cérébelleuse d'évolution rapide ou ayant saigné.....4 points

Question 6
16 points

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) effectuez-vous en urgence ?
Qu'en attendez-vous ?

- Scanner cérébral sans injection :4 points
 - o met en évidence une hémorragie :2 points
 - o ou un œdème2 points
 - o sa normalité doit faire réaliser une IRM cérébrale à la recherche d'un syndrome tumoral (tumeur, abcès) ou d'une ischémie parenchymateuse2 points
- Ionogramme sanguin :2 points
 - à la recherche de troubles ioniques1 point
- Urémie - créatininémie :2 points
 - à la recherche d'une insuffisance rénale fonctionnelle1 point

Question 7
10 points

Il existe une hyperdensité spontanée des 2 lobes cérébelleux. Quel est votre diagnostic ?

- Hématome intracérébelleux10 points

Question 8
12 points

Que devez-vous alors effectuer ?

- Avis neurochirurgical :10 points
 - o surveillance ou évacuation selon l'état clinique2 points

COMMENTAIRES

Les vertiges centraux sont de véritables urgences médicales voire chirurgicales.

Il existe toujours un nystagmus, le plus souvent d'allure centrale (dysharmonieux, ne suivant pas la loi d'Alexander, multidirectionnel, augmenté à la fixation oculaire) et presque toujours des signes neurologiques centraux.

Les causes sont d'origine cérébelleuse ou mésencéphalique.

Les céphalées inhabituelles et volontiers intenses sont assez prédictives de l'origine centrale des vertiges.

Il convient devant tout vertige de rechercher un syndrome cérébelleux et un déficit d'un nerf crânien.

L'examen radiologique de débrouillage est le scanner cérébral sans injection.

Dossier 33

Maud, 4 ans et demi, vous est adressée par son pédiatre pour la mise en place d'aérateurs transsympaniques (ATT). Nous sommes en avril et tout l'hiver, elle a constamment été enrhumée et a souffert de 8 épisodes d'otite moyenne aigue, tous traités par antibiotiques. Elle tousse tout le temps mais n'a pas d'asthme. Elle a un frère de 2 ans qui ne présente aucun problème. Pas d'antécédent personnel ni familial par ailleurs.

L'examen que vous pratiquez montre 2 grosses amygdales cryptiques, non inflammatoires, associées à une rhinorrhée postérieure discrète. Il existe par ailleurs une polyadénopathie cervicale bilatérale et des tympons comme illustrés sur la photo ci-dessous.



-
- | | |
|-------------------|---|
| Question 1 | Que manque-t-il dans l'interrogatoire des parents ? |
| Question 2 | Que manque-t-il dans l'examen physique ? |
| Question 3 | Que vous évoque l'aspect tympanique ? |
| Question 4 | À quoi est due cette pathologie ? Précisez-en le mécanisme. |
| Question 5 | Quel(s) examen(s) complémentaire(s) chez cette enfant pourriez-vous faire ? Dans quelle(s) optique(s) ? |
| Question 6 | Quel traitement préconisez-vous ? Pourquoi ? |

Maud revient vous voir en novembre. Malgré votre traitement, elle présente le même tableau clinique avec, semble-t-il des difficultés à l'apprentissage de la lecture

-
- | | |
|-------------------|---|
| Question 7 | Que préconisez-vous alors ? |
| Question 8 | Considérant cet épisode guéri et terminé, vous semble-t-il nécessaire de suivre régulièrement Maud ? Son petit frère ? Pourquoi ? |

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

14 points

Que manque-t-il dans l'interrogatoire des parents ?

- Mode de vie : 1 point
 - o scolarité/garde..... 2 points
 - o existence d'un tabagisme passif 1 point
- Symptomatologie de la surdité : 1 point
 - o fait-elle répéter fréquemment ? 1 point
 - o existe-t-il des troubles de l'apprentissage de la parole ? 2 points
- Symptomatologie associée :
 - o manifestations de reflux gastro-œsophagien (pyrosis, toux nocturne, dysphonie) 1 point
 - o ronflements nocturnes 1 point
 - o apnées du sommeil/sueurs nocturnes 2 points
 - o asthénie diurne 2 points

Question 2

10 points

Que manque-t-il dans l'examen physique ?

- Nasofibroskopie :
 - o étude du cavum : 2 points
 - recherche de végétations adénoïdes 4 points
 - o étude du larynx : 2 points
 - margelle laryngée postérieure inflammatoire (signe de reflux gastro-œsophagien) 2 points

Question 3

10 points

Que vous évoque l'aspect tympanique ?

- Otite séromuqueuse 10 points

Question 4
16 points

À quoi est due cette pathologie ? Précisez-en le mécanisme.

- L'hypertrophie des végétations adénoïdes :2 points
 - o entraîne un dysfonctionnement tubaire chronique.....2 points
- La fermeture permanente de la trompe d'Eustache entraîne un déficit d'aération de la caisse du tympan et donc une raréfaction en oxygène de l'oreille moyenne2 points
- En réaction à ces changements de pression partielle en oxygène, la muqueuse se transforme en subissant une véritable métaplasie aboutissant à un enrichissement en cellules mucipares.....2 points
- Il s'ensuit une hypersécrétion muqueuse :2 points
 - o entraînant la symptomatologie de l'otite séromuqueuse.....2 points
 - o et aggravant le dysfonctionnement tubaire2 points
- Cela aboutit à un véritable cercle vicieux2 points

Question 5
15 points

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) chez cette enfant pourriez-vous faire ? Dans quelle(s) optique(s) ?

- Tympanogramme :3 points
 - o recherche d'une courbe d'impédancemétrie aplatie qui signe la présence d'un épanchement rétrotympanique2 points
- Audiogramme tonal de dépistage :3 points
 - o chiffre l'importance de la surdité occasionnée par l'otite séromuqueuse2 points
- Tests allergiques de dépistage :3 points
 - o PHADIATOP®1 point
 - o tests cutanés1 point

Question 6
10 points

Quel traitement préconisez-vous ? Pourquoi ?

- Surveillance simple4 points
- 2 raisons à ce traitement :
 - o stade de la découverte de la maladie.....3 points
 - o amélioration naturelle durant l'été.....3 points

Maud revient vous voir en novembre. Malgré votre traitement, elle présente le même tableau clinique avec, semble-t-il des difficultés à l'apprentissage de la lecture.

Question 7

12 points

Que préconisez-vous alors ?

- Du fait de la récurrence3 points
- Et de la répercussion fonctionnelle :3 points
 - o indication à la mise en place d'aérateurs transtympaniques + adénoïdectomie6 points

Question 8

13 points

Considérant cet épisode guéri et terminé, vous semble-t-il nécessaire de suivre régulièrement Maud ? Son petit frère ? Pourquoi ?

- Oui pour Maud :3 points
 - o risque de récurrence après la pose des aérateurs3 points
 - o surveillance impérative du fait du risque d'otite chronique à distance3 points
- Non pour le petit frère :2 points
 - o car il ne présente aucune pathologie2 points

COMMENTAIRES

L'otite séromuqueuse (OSM) de l'enfant est à différencier de celle de l'adulte dans le sens où elle est fréquente et qu'elle accepte pour cause dans pratiquement tous les cas une hypertrophie des végétations adénoïdes.

Un liquide rétrotympanique existe de façon « physiologique » après chaque épisode d'otite moyenne aiguë (OMA). Il ne devient pathologique que lorsqu'il devient chronique (> 1 mois) faisant le lit d'OMA à répétition ou entraînant une surdité bilatérale.

L'OSM est la première cause de surdité de l'enfant. Le diagnostic est d'autant plus important à poser que la surdité entraîne à cet âge de réelles difficultés à l'apprentissage de la parole, de la lecture et de l'écriture et qu'elle disparaît rapidement après un bon traitement.

Le traitement dépend de l'importance de la surdité et à un moindre niveau de la saison durant laquelle le diagnostic est effectué.

En cas de surdité handicapante, (niveau moyen des seuils en conduction aérienne > 30 dB sur les 2 oreilles), la mise en place d'aérateurs transtympaniques est indiquée.

Sinon, une simple surveillance est licite dans un premier temps ou si le diagnostic est fait au printemps (amélioration naturelle avec les beaux jours). Dans un second temps, un traitement antibiotique et corticoïde sur 15 j est licite, ceux-ci ayant fait la preuve de leur efficacité.

Dossier 34

Mme D., 52 ans, sans antécédent personnel mais en pré-ménopause, vient vous consulter pour l'apparition d'une tuméfaction cervicale antérieure, paramédiane gauche, d'évolution assez rapide semble-t-il puisqu'en un mois, la masse a doublé de volume. Elle se plaint par ailleurs de palpitations et de bouffées de chaleur avec sueurs fréquentes notamment au visage. Des céphalées sont apparues il y a 15 j. Elle a très peur d'un cancer thyroïdien puisqu'une de ses sœurs, sa mère et sa tante (sœur de sa mère) ont toutes les trois été opérées d'une telle tumeur.

L'examen cervical note une tuméfaction ferme, sensible au toucher, mesurant 3 cm de diamètre, mobile par rapport aux plans profond et superficiel. Il existe deux autres tuméfactions latérales gauches de 2 cm chacune, de même consistance, intéressant la région sous-omo-hyoïdienne.

-
- Question 1** Quelles sont les caractéristiques d'une tuméfaction cervicale la faisant suspecter d'être thyroïdienne ?
- Question 2** Que manque-t-il dans l'examen physique ?
- Question 3** Dans la nouvelle nomenclature, à quel groupe appartiennent les adénopathies sous-omo-hyoïdiennes ?
- Question 4** Quels sont, chez cette patiente, les facteurs prédictifs d'une nature cancéreuse de cette tuméfaction cervicale ?
- Question 5** Quel bilan paraclinique préconisez-vous ? Dans quelle optique ?
- Question 6** Quel traitement de ce cancer vous semble le plus approprié dans un premier temps ?
- Question 7** Quels sont les risques inhérents à ce type de traitement dont vous êtes tenus d'informer la patiente ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

9 points

Quelles sont les caractéristiques d'une tuméfaction cervicale la faisant suspecter d'être thyroïdienne ?

- Cervicale antérieure3 points
- Médiane/paramédiane3 points
- S'ascensionnant à la déglutition3 points

Question 2

9 points

Que manque-t-il dans l'examen physique ?

- Examen du larynx :2 points
 - o pour vérifier la bonne mobilité des 2 plis vocaux2 points
- Prise de la tension artérielle :3 points
 - o devant la suspicion de phéochromocytome.....2 points

Question 3

5 points

Dans la nouvelle nomenclature, à quel groupe appartiennent les adénopathies sous-omo-hyôidiennes ?

- Groupe IV.....5 points

Question 4

16 points

Quels sont, chez cette patiente, les facteurs prédictifs d'une nature cancéreuse de cette tuméfaction cervicale ?

- Terrain :
 - o âge > 50 ans2 points
 - o existence d'antécédents familiaux de cancer thyroïdien3 points
- Symptomatologie :
 - o évolutivité de la tuméfaction3 points
 - o existence d'adénopathies cervicales3 points
 - o existence de signes évocateurs de phéochromocytome :2 points
 - palpitation1 point
 - céphalées1 point
 - sueurs1 point

Question 5

26 points

Quel bilan paraclinique préconisez-vous ? Dans quelle optique ?

- Bilan biologique :
 - o à la recherche d'éléments en faveur d'un cancer médullaire : 1 point
 - dosage sérique de la calcitonine 2 points
 - dosage sérique de l'ACE 1 point
 - o à la recherche d'éléments en faveur d'un phéochromocytome : 1 point
 - dosage urinaire des métabolites des catécholamines (acide vanylmandélique, métanéphrines) 2 points
 - o à la recherche d'éléments en faveur d'une hyperparathyroïdie : 1 point
 - calcémie 1 point
 - dosage sérique de la parathormone (PTH) 1 point
 - o fonction thyroïdienne : 1 point
 - T3, T4, TSHus 1 point
- Bilan morphologique : échographie-doppler cervicale
 - à la recherche : 3 points
 - o des caractéristiques du nodule (taille, aspect, localisation, vascularisation) 1 point
 - o de l'existence d'autres nodules thyroïdiens passés inaperçus 1 point
 - o de l'existence d'autres adénopathies 1 point
- Bilan thyroïdien :
 - o scintigraphie thyroïdienne 1 point
 - o cytoponction échoguidée 3 points
- Bilan d'extension : 2 points
 - o scanner thoraco-abdominal sans injection 1 point
 - o scintigraphie osseuse 1 point

Question 6

20 points

Quel traitement de ce cancer vous semble le plus approprié dans un premier temps ?

- Exérèse chirurgicale : 4 points
 - o thyroïdectomie totale 4 points
 - o examen extemporané de la pièce pour confirmation diagnostique 2 points
 - o évidement (curage) cervical sélectif (fonctionnel) : 3 points
 - intéressant les groupes II, III, IV et VI et récurrentiels bilatéraux 1 point
- Radiothérapie externe complémentaire sur la zone tumorale et les ganglions envahis 4 points
- Supplémentation hormonale à distance 2 points

Question 7

15 points

Quels sont les risques inhérents à ce type de traitement dont vous êtes tenus d'informer la patiente ?

- Cicatrice cervicale 1 point
- Complications post-opératoires : 1 point
 - o hématome cervical compressif :
reprise chirurgicale urgente 2 points
 - o hypoparathyroïdie aiguë : 2 points
 - risque d'hypocalcémie aiguë 1 point
 - et donc de troubles du rythme cardiaque 1 point
 - o paralysie récurrentielle :
 - unilatérale : 1 point
 - risque de dysphonie avec une voix rééducable 1 point
 - bilatérale : 1 point
 - risque de dyspnée laryngée suffocante 1 point
 - nécessitant une trachéotomie provisoire,
pouvant entraîner une dégradation importante
de la voix de façon irréversible 1 point
 - o atteinte du nerf laryngé supérieur : 1 point
 - troubles de la sensibilité muqueuse
entraînant des fausses routes potentielles 1 point

COMMENTAIRES

La pathologie tumorale thyroïdienne est fréquente, elle est dans 8 à 12 % des cas maligne.

Le type de cancer thyroïdien le plus fréquent (65 % des cas) et de meilleur pronostic (95 % de survie à 10 ans) est le carcinome papillaire.

Le cancer médullaire est plus rare (5 à 10 % des cas) et de moins bon pronostic (pouvoir métastatique plus important). Il peut être isolé (= sporadique) ou s'intégrer dans une forme familiale (40 % des cas).

Il peut être isolé ou s'intégrer dans le cadre des néoplasies endocriniennes multiples (NEM) de type 2. Il convient alors de rechercher systématiquement un phéochromocytome et une hyperparathyroïdie pouvant passer inaperçus.

Devant tout nodule thyroïdien, il convient de réaliser un dosage biologique de la TSH et des hormones thyroïdiennes (T4), une échographie cervicale et une scintigraphie.

Une cytoponction échoguidée est de pratique maintenant courante pour apporter un argument supplémentaire en faveur de la nature maligne d'un nodule. Son utilisation s'avère particulièrement pertinente devant tout nodule kystique et tout nodule froid dont le diamètre est supérieur à 2 cm, par un examinateur entraîné.

Le traitement chirurgical est de règle devant tout cancer thyroïdien sauf le type anaplasique. L'importance du geste varie selon le type histologique.

Les complications post-opératoires sont rares mais pas exceptionnelles et peuvent mettre en jeu le pronostic vital (compression trachéale extrinsèque par un hématome cervical, apnée par paralysie récurrentielle bilatérale en adduction, trouble du rythme cardiaque par hypocalcémie aiguë). D'où l'importance d'en prévenir systématiquement le patient.

Dossier 35

Mr E., 48 ans, est adressé par le SAMU, suite à une chute de 6 m sur la tête dans le cadre de son travail. Aucun antécédent personnel connu. Il a perdu connaissance quelques minutes avant de retrouver ses esprits. Il arrive aux urgences une heure après le traumatisme.

Il se plaint de céphalées diffuses, de vertiges, de nausées et de vomissements. Ses collègues qui l'accompagnent disent que le patient est tombé sur la tempe gauche.

L'examen de ce patient aboutit aux constatations suivantes :

- Score de Glasgow à 13.
 - Pupilles symétriques et réactives.
 - Reste de l'examen neurologique sans particularité.
 - Nystagmus horizontorotatoire battant à droite, suivant la loi d'Alexander et diminué par la fixation oculaire.
 - Hémotympan gauche sans otorragie.
 - Plaie du scalp au niveau temporal gauche, hémorragique.
 - Examen facial, thoracique, abdominal, pelvien et des membres normal.
-

- Question 1** Que manque-t-il dans l'examen clinique de ce patient ?
- Question 2** En sachant que cette partie de l'examen s'avère normale également, quel bilan préconisez-vous ?
- Celui-ci met en évidence une fracture du rocher gauche, extra labyrinthique avec un trait de fracture mastoïdien en arrière et pétrosquameux en avant. Il existe une opacité de nature tissulaire emplissant de façon partielle les cavités mastoïdiennes et la cavité tympanique. Il n'y a aucune fracture ni luxation ossiculaire
-
- Question 3** Comment expliquez-vous le syndrome vestibulaire périphérique ?
- 5 heures après le traumatisme, le patient devient incohérent. Il existe un syndrome pyramidal droit et une mydriase gauche aréactive.
-
- Question 4** Quel est votre diagnostic ?
- Question 5** En quoi consiste le traitement ?
- Vous revoyez le patient 48 heures plus tard. Presque remis de son traumatisme, il se dit gêné par des vertiges persistants, notamment lorsqu'il se mouche où qu'il entend un bruit intense. Il déclare également moins bien entendre de son oreille gauche alors même que sont apparus des acouphènes de tonalité grave.
-
- Question 6** Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ? Quel signe pourrait le faire encore plus suspecter ?
- Question 7** Quels examens complémentaires faut-il alors réaliser ?
- Question 8** Quel traitement lui proposer ? Dans quel intervalle de temps ?

Vous le revoyez un mois plus tard. Il se plaint depuis son accident de sensations vertigineuses désagréables lorsqu'il n'est pas allongé. Lorsqu'il l'est, il ne peut pas tourner la tête du côté gauche sans quoi il ressent un violent vertige rotatoire durant 20 secondes environ.

Question 9

Comment expliquer ses sensations vertigineuses ?

Question 10

À quoi peuvent être dues ses crises de vertiges ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

13 points

Que manque-t-il dans l'examen clinique de ce patient ?

- Interrogatoire :
 - o existence d'une surdité/acouphène3 points
 - o existence d'une douleur rachidienne cervicale.....3 points
 - o statut vaccinal contre le tétanos1 point
- Examen physique :
 - o examen du rachis3 points
 - o acoumétrie au diapason3 points

Question 2

8 points

En sachant que cette partie de l'examen s'avère normale également, quel bilan préconisez-vous ?

- Scanner cérébral sans injection4 points
- Scanner des rochers4 points

Celui-ci met en évidence une fracture du rocher gauche, extra labyrinthique avec un trait de fracture mastoïdien en arrière et pétrosquameux en avant. Il existe une opacité de nature tissulaire emplissant de façon partielle les cavités mastoïdiennes et la cavité tympanique. Il n'y a aucune fracture ni luxation ossiculaire.

Question 3

14 points

Comment expliquez-vous le syndrome vestibulaire périphérique ?

- Commotion labyrinthique :5 points
 - o due au traumatisme crânien :
 - nystagmus horizontorotatoire de type destructif (battant du côté non atteint)3 points
 - absence de signe cochléaire3 points
 - fracture extralabyrinthique3 points

5 heures après le traumatisme, le patient devient incohérent. Il existe un syndrome pyramidal droit et une mydriase gauche aréactive.

Question 4

8 points

Quel est votre diagnostic ?

- Hématome extradural :4 points
 - o aigu2 points
 - o du côté gauche.....2 points

Question 5

12 points

En quoi consiste le traitement ?

- Urgence neurochirurgicale vitale3 points
- Drainage de l'hématome par trou de trépan
ou craniotomie3 points
- Hémostase du ou des vaisseaux sanguins en cause3 points
- Suspension de la dure-mère3 points

Vous revoyez le patient 48 heures plus tard. Presque remis de son traumatisme, il se dit gêné par des vertiges persistants, notamment lorsqu'il se mouche où qu'il entend un bruit intense. Il déclare également moins bien entendre de son oreille gauche alors même que sont apparus des acouphènes de tonalité grave.

Question 6

16 points

Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ? Quel signe pourrait le faire encore plus suspecter ?

- Diagnostic : fistule périlymphatique.....5 points
- Arguments en faveur du diagnostic :
 - o fracture du rocher extralabyrinthique.....2 points
 - o survenue secondaire d'une surdité + vertiges +
acouphènes2 points
 - o survenue de vertiges lors de manœuvres
augmentant la pression du LCR (mouchage)2 points
 - o survenue de vertiges lors de bruits intenses
(phénomène de Tullio)2 points
- Signe physique : signe de la fistule = compression rapide
du tragus contre le méat acoustique externe entraînant
un vertige avec nystagmus battant du côté stimulé3 points

Question 7

8 points

Quels examens complémentaires faut-il alors réaliser ?

- Audiogramme tonal.....4 points
- Examen vestibulaire calorique calibré –
vidéonystagmographie4 points

Question 8

10 points

Quel traitement lui proposer ? Dans quel intervalle de temps ?

- Intervention chirurgicale :.....2 points
 - o exploration de la caisse du tympan
et notamment de l'articulation stapédovestibulaire2 points
 - o pour confirmation diagnostique2 points
 - o puis colmatage2 points
- Délai : urgence fonctionnelle si l'audition
est nettement abaissée2 points

Vous le revoyez un mois plus tard. Il se plaint depuis son accident de sensations vertigineuses désagréables lorsqu'il n'est pas allongé. Lorsqu'il l'est, il ne peut pas tourner la tête du côté gauche sans quoi il ressent un violent vertige rotatoire durant 20 secondes environ.

Question 9

6 points

Comment expliquer ses sensations vertigineuses ?

- Compensation centrale lente du fait du traumatisme crânien3 points
- Syndrome post-commotionnel des traumatisés crâniens3 points

Question 10

5 points

À quoi peuvent être dues ses crises de vertiges ?

- Vertige paroxystique positionnel bénin post-traumatique...5 points

COMMENTAIRES

Tout traumatisé crânien est, jusqu'à preuve du contraire un traumatisé rachidien, notamment cervical.

Une fracture du rocher nécessite un choc assez violent : elle se rencontre essentiellement chez des sujets comateux.

On distingue les fractures du rocher extralabyrinthiques, les plus fréquentes des fractures translabyrinthiques au pronostic fonctionnel plus réservé (surdité de perception, acouphène, vertiges, paralysie faciale).

L'intervalle libre, durée asymptomatique séparant la perte de connaissance initiale des signes neurologiques secondaires, n'est pas si fréquente que cela. L'apparition de signes neurologiques au décours d'un traumatisme crânien est une indication formelle à la réalisation d'un scanner cérébral, seul examen en mesure de faire le diagnostic d'hématome extradural.

La fistule périlymphatique met en communication la cavité tympanique avec le liquide périlymphatique. Elle peut être d'origine traumatique comme ici ou ostéolytique comme dans les cholestéatomes de l'oreille moyenne.

Classiquement, elle se manifeste par des vertiges itératifs, exacerbés par le mouchage ou la manœuvre de Valsalva, accompagnés par une surdité fluctuante et des acouphènes.

L'audiogramme tonal montre alors une surdité mixte ou de perception, les examens vestibulaires une hypo ou aréflexie.

Un traitement chirurgical précoce peut restaurer l'audition et fait souvent disparaître les vertiges.

Dossier 36

Sofiane, 2 mois, est adressé en urgence pour dyspnée inspiratoire avec tirage sus-claviculaire, survenue il y a 2 heures, brutalement dans la nuit. Aucun antécédent particulier si ce n'est une rhinopharyngite depuis 48 heures, traitée de façon symptomatique. Aucune dysphagie, bonne croissance pondérale.

Ses parents sont affolés devant le tableau : sueurs, cornage typique, tirage sus-claviculaire, bradypnée, tachycardie à 180/min, fièvre à 38,2 °C. Le pédiatre, également affolé, pense qu'il s'agit d'une laryngomalacie. Il vous a donc appelé pour que vous fassiez une fibroscopie en urgence. Il a également fait appel au réanimateur.

-
- Question 1** Qu'est-ce qu'une laryngomalacie ?
- Question 2** Que pensez-vous de l'hypothèse du pédiatre et de l'idée de faire une fibroscopie ?
- Question 3** Citer les signes de gravité de cette dyspnée.
- Question 4** Où se situe l'obstacle ? Quels sont vos arguments ?
- Question 5** Que faites-vous dans un premier temps ?
- Il a été conclu à une laryngite dyspnéisante grave. Vous revoyez Sofiane 3 jours après, en parfaite santé. Vous autorisez la sortie.
-
- Question 6** Quel traitement prévoyez-vous ?
- Question 7** Y a-t-il indication à revoir Sofiane en consultation ? Pourquoi ?
- L'examen de contrôle à 8 jours est rassurant mais d'après vous, Sofiane souffre d'un reflux gastro-œsophagien.
-
- Question 8** Que préconisez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

8 points

Qu'est-ce qu'une laryngomalacie ?

- Hyperlaxité.....2 points
- Des cartilages supraglottiques.....2 points
- Entraînant à l'inspiration.....2 points
- Un collapsus de l'entonnoir laryngé.....2 points

Question 2

15 points

Que pensez-vous de l'hypothèse du pédiatre et de l'idée de faire une fibroscopie ?

- Hypothèse du pédiatre :
 - o mauvaise2 points
 - o car il s'agit d'une pathologie néonatale4 points
 - o survenant en règle dans les 5 ou 10 premiers jours de vie3 points
- Toute exploration de l'arbre respiratoire est contre-indiquée du fait de l'état clinique inquiétant du nourrisson.....6 points

Question 3

12 points

Citer les signes de gravité de cette dyspnée.

- Âge < 6 mois.....2 points
- Durée de l'épisode > 1 h.....2 points
- Bradypnée.....2 points
- Signe de lutte = tirage.....2 points
- Signes d'hypercapnie2 points
 - o tachycardie1 point
 - o sueurs.....1 point

Question 4

10 points

Où se situe l'obstacle ? Quels sont vos arguments ?

- Niveau de l'obstacle = étage infraglottique :.....4 points
 - o dyspnée inspiratoire2 points
 - o cornage2 points
 - o tirage sus-claviculaire2 points

Question 5

17 points

Que faites-vous dans un premier temps ?

- Urgence thérapeutique.....2 points
- Hospitalisation en réanimation3 points
- Intubation orotrachéale sans tarder –
ventilation assistée4 points
- Corticothérapie parentérale4 points
- Antibiothérapie de couverture.....2 points
- Surveillance des paramètres de l'oxymétrie2 points

Il a été conclu à une laryngite dyspnéisante grave. Vous revoyez Sofiane 3 jours après, en parfaite santé. Vous autorisez la sortie.

Question 6

9 points

Quel traitement prévoyez-vous ?

- Corticothérapie orale à prolonger 5 jours à la dose
de 1 mg/kg/j.....3 points
- Antibiothérapie de couverture à prolonger 5 jours.....2 points
- Épaississement de l'alimentation
(éviter les fausses-routes)2 points
- Désinfection rhinopharyngée2 points

Question 7

16 points

Y a-t-il indication à revoir Sofiane en consultation ? Pourquoi ?

- Oui :4 points
 - o du fait de l'âge2 points
 - o à la recherche d'une cause locale :4 points
 - hémangiome sous glottique4 points
 - sténose sous glottique.....2 points

L'examen de contrôle à 8 jours est rassurant mais d'après vous, Sofiane souffre d'un reflux gastro-œsophagien.

Question 8

13 points

Que préconisez-vous ?

- Réalisation d'une pH-métrie des 24 h4 points
- Si reflux gastro-œsophagien avéré, le traiter :
 - o épaississement de l'alimentation3 points
 - o Proclive 30°3 points
 - o traitement anti-acide3 points

COMMENTAIRES

Le premier réflexe à avoir devant toute dyspnée (inspiratoire ou expiratoire) est de juger de sa gravité. Plusieurs signes cliniques permettent de rapidement l'estimer.

Le deuxième réflexe est de situer le niveau de l'obstacle pour apporter le traitement le plus efficace.

La dyspnée laryngée est avant tout une bradypnée inspiratoire avec tirage et, le plus souvent, un bruit laryngé selon que l'obstacle se situe au niveau glotto-sous-glottique (cornage) ou au niveau sus-glottique (stridor).

La dyspnée du nourrisson est de fait grave car les réserves en oxygène d'un petit organisme et ses capacités de lutte sont limitées.

L'étiologie d'une dyspnée varie selon l'âge de l'enfant.

Parmi les causes les plus fréquentes, on peut retenir la laryngite glotto-sous-glottique, le corps étranger bronchique, la bronchiolite et la crise d'asthme.

D'autres causes, plus rares, se distinguent soit par leur gravité (sténoses laryngées congénitales, laryngite herpétique néonatale, laryngite diphtérique, épiglottite, certains lymphangiomes cervicaux), soit par leur singularité et leur bon pronostic (laryngomalacie, hémangiome sous-glottique).

Dossier 37

Souleymane, 5 ans, originaire du Niger, vous est adressé par les services municipaux de la PMI pour une tuméfaction parotidienne droite fébrile et douloureuse. Ses antécédents et son calendrier vaccinal sont inconnus tout comme le début des symptômes.

Actuellement, il a manifestement très mal à l'oreille droite et refuse qu'on lui touche la région adjacente. Votre examen retrouve un état général conservé, des tympans normaux, un trismus modéré, une fièvre à 39,2 °C, un orifice de Sténon inflammatoire mais sans pus et une collection de ganglions cervicaux bilatéraux.

Question 1 Compte tenu du tableau clinique et de l'origine de l'enfant, quels sont les diagnostics possibles ?

Question 2 Que recherchez-vous à la palpation parotidienne ?

Question 3 Quels examens complémentaires entreprenez-vous pour éliminer les diagnostics différentiels ?

Question 4 L'étiologie semble bactérienne. Quel traitement préconisez-vous ?

Vous revoyez Souleymane 2 mois après, avec le même tableau clinique alors que le traitement entrepris l'avait guéri complètement.

Question 5 Quels examens complémentaires effectuez-vous ?

Question 6 Quels sont les diagnostics à évoquer devant cette parotidite unilatérale récidivante ?

Question 7 Sur quel argument radiologique pathognomonique repose le diagnostic ?

Question 8 Quel traitement lui proposer pour éviter une 2^e récurrence ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

16 points

Compte tenu du tableau clinique et de l'origine de l'enfant, quels sont les diagnostics possibles ?

- Parotidite bactérienne3 points
- Parotidite virale :2 points
 - o oreillons3 points
 - o VIH2 points
- Sialite tuberculeuse ou autres mycobactéries3 points
- Lymphome3 points

Question 2

10 points

Que recherchez-vous à la palpation parotidienne ?

- Fluctuation :6 points
 - o en faveur d'un abcès4 points

Question 3

15 points

Quels examens complémentaires entreprenez-vous pour éliminer les diagnostics différentiels ?

- Numération formule sanguine3 points
- Sérologies :3 points
 - o virus ourlien
 - o VIH
- Intradermoréaction3 points
- Radiographie de thorax3 points
- Échographie parotidienne3 points

Question 4

16 points

L'étiologie semble bactérienne. Quel traitement préconisez-vous ?

- Ambulatoire2 points
- Hydratation1 point
- Antalgiques – antipyrétiques2 points
- AINS contre-indiqués1 point
- Sialogogues (éséridine [GÉNÉSÉRINE®])2 points
- Antibiothérapie probabiliste, à large spectre, active sur les germes habituels de la cavité orale, à bonne diffusion salivaire, sur 10-15 j :4 points
 - o amoxicilline – acide clavulanique2 points
 - o en cas d'allergie aux pénicillines, spiramycine – métronidazole (RODOGYL®)2 points

Vous revoyez Souleymane 2 mois après, avec le même tableau clinique alors que le traitement entrepris l'avait guéri complètement

Quels examens complémentaires effectuez-vous ?

Question 5

12 points

- Sialographie6 points
- IRM de la parotide6 points

Question 6

12 points

Quels sont les diagnostics à évoquer devant cette parotidite unilatérale récidivante ?

- Parotidite bactérienne récidivante de l'enfant
(*Juvenile recurrent parotitis*)6 points
- Kyste de la première fente branchiale.....6 points

Question 7

6 points

Sur quel argument radiologique pathognomonique repose le diagnostic ?

- Signe pathognomonique de la sialographie :
image de « pommier en fleurs ».....6 points

Question 8

13 points

Quel traitement lui proposer pour éviter une 2^e récurrence ?

- Pas d'indication chirurgicale du fait de l'évolution spontanément favorable à la puberté5 points
- Antibiothérapie par cathétérisme du Sténon à base de pénicilline ou de spiramycine8 points

COMMENTAIRES

Les oreillons peuvent commencer par une hypertrophie unilatérale inflammatoire de la parotide. On retrouve assez souvent une otalgie réflexe, une polyadénopathie cervicale inflammatoire et une fébricule. La forte fièvre et le trismus ne plaident pas en faveur de ce diagnostic.

Le diagnostic des oreillons est clinique. En cas de doute diagnostique, 2 examens complémentaires sont utiles : l'isolement du virus dans la salive, le liquide céphalo-rachidien ou les urines ; les sérologies à paramyxovirus à 15 jours d'intervalle.

La parotidite à VIH peut être due à au moins 2 mécanismes différents :

- hyperplasie parotidienne simple par syndrome lymphoprolifératif,
- hyperplasie lymphoïde kystique.

Le scanner n'a que peu d'intérêt dans l'exploration des pathologies parotidiennes sauf en cas d'abcès. L'échographie comme examen de débrouillage et l'IRM pour l'exploration des tumeurs trouvent toute leur place.

Le traitement des parotidites bactériennes récidivantes de l'enfant est celui d'une parotidite aiguë bactérienne en cas de poussée. Un traitement « préventif » est à proposer en cas de récurrences fréquentes et repose sur le cathétérisme du Sténon par des antibiotiques jouant alors le rôle d'anti-infectieux locaux. Le lipiodol, autrefois utilisé, n'a plus l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

Il n'y a aucune indication opératoire dans ce cadre pathologique du fait de la bonne évolution « naturelle » de la maladie en période pubertaire.

Dossier 38

Mr Y., 50 ans, vous est adressé par son médecin traitant, pour dysphagie aux solides depuis environ 2 mois associée à une otalgie gauche. C'est un patient aux multiples antécédents puisqu'il est atteint d'une cardiopathie ischémique, d'une artériopathie des membres inférieurs, d'une hépatite C chronique post-transfusionnelle et d'une dépression.

L'examen du pharynx et du larynx montre une tumeur ulcérobourgeonnante de la paroi latérale du récessus piriforme gauche, restant à distance du pilier postérieur de l'amygdale gauche et sans extension vers le larynx, par ailleurs de mobilité conservée.

Question 1

Qu'est-ce que le récessus piriforme ?

Question 2

Que manque-t-il dans votre examen clinique ?

Question 3

Quelle est l'autre cause de dysphagie « haute » à laquelle il faut penser chez ce patient ? Pourquoi ?

Question 4

Quel bilan paraclinique effectuez-vous ?

Celui-ci permet de classer la tumeur T2N0M0. Il s'agit d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié et infiltrant.

Question 5

Quel traitement proposez-vous ?

Question 6

Sur quels éléments se décide, dans ce cas, une radiothérapie externe ?

Vous revoyez le patient 1 an et demi après l'avoir régulièrement suivi. Il va très bien et vous montre la radiographie thoracique que vous lui avez prescrite.



Question 7

Que suspectez-vous ?

Question 8

Quels examens complémentaires envisagez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

9 points

Qu'est-ce que le récessus piriforme ?

- Récessus piriforme (= sinus piriforme = gouttière pharyngolaryngée)
- Parties latérales de l'hypopharynx 1 point
 - Adjacentes au larynx situé médialement 2 points
 - Virtuelles au repos, s'ouvrant au passage alimentaire 2 points
 - Comprenant :
 - o une paroi externe 0,5 point
 - o une paroi interne = mur pharyngolaryngé 0,5 point
 - o un angle antérieur 0,5 point
 - o un fond 0,5 point
 - Les fonds de chaque récessus se confondent juste au-dessus de la bouche œsophagienne, formant un entonnoir 2 points

Question 2

17 points

Que manque-t-il dans votre examen clinique ?

- Interrogatoire :
 - o notion d'alcoolotabagisme chronique 2 points
 - o existence d'une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien 1 point
 - o existence de signes associés :
 - dysphonie 1 point
 - dyspnée 1 point
 - toux 1 point
 - crachats sanglants 1 point
- Examen physique :
 - o palpation cervicale : 2 points
 - reliefs laryngés 1 point
 - douleurs laryngées 1 point
 - adénopathies 2 points
 - o examen de la cavité orale (inspection + palpation) 2 points
 - o examen de l'oropharynx (inspection + palpation) 2 points

Question 3

10 points

Quelle est l'autre cause de dysphagie « haute » à laquelle il faut penser chez ce patient ? Pourquoi ?

- Autre cause possible : cancer du tiers supérieur de l'œsophage : 4 points
 - o même terrain 2 points
 - o se manifestant le plus souvent par une dysphagie isolée 2 points
 - o contre-indiquant une chirurgie partielle pharyngée 2 points

Question 4

27 points

Quel bilan paraclinique effectuez-vous ?

- Locorégional : 1 point
 - o panendoscopie des voies aérodigestives supérieures sous anesthésie générale : 4 points
 - appréciation précise du siège et des limites de la lésion tumorale 1 point
 - recherche d'une seconde localisation 1 point
 - pratique des biopsies pour analyse histologique et confirmation diagnostique 2 points
 - comprenant œsophagoscopie + bronchoscopie 1 point
 - o scanner cervical sans et avec injection : 2 points
 - appréciation de l'extension extrapharyngée (cartilage +++, vaisseaux) 1 point
 - appréciation des adénopathies : nombre, taille, situation, aspect nécrotique 2 points
- À distance : recherche de métastases : 1 point
 - o radiographie thoracique : 1 point
 - scanner thoracique en cas d'anomalie 1 point
 - o échographie hépatique 1 point
 - o bilan biologique hépatique 1 point
 - o selon signes cliniques : scanner cérébral, scintigraphie osseuse 1 point
- Préthérapeutique : 1 point
 - o état nutritionnel :
 - clinique (perte de poids, inspection des téguments) ... 1 point
 - biologique (protidémie, albuminémie) 1 point
 - o état dentaire en vue d'une éventuelle radiothérapie : 1 point
 - consultation spécialisée, panoramique dentaire 1 point
 - o opérabilité : consultation d'anesthésie 1 point

Celui-ci permet de classer la tumeur T2N0M0. Il s'agit d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié et infiltrant

Question 5

13 points

Quel traitement proposez-vous ?

- Traitement proposé : décision d'un staff multidisciplinaire (ORL, oncologues, radiologues, anatomopathologistes) :... 2 points
 - o exérèse chirurgicale : traitement le plus performant : 4 points
 - pharyngectomie partielle par pharyngotomie latérale 2 points
 - évidement latérocervical gauche sélectif emportant les groupes I, II, III, IV, V et VI 2 points
 - o chimiothérapie néo-adjuvante contre-indiquée du fait de son état cardiaque 1 point
 - o radiothérapie complémentaire selon les résultats histologiques de la pièce opératoire 2 points

Question 6

10 points

Sur quels éléments se décide, dans ce cas, une radiothérapie externe ?

- Lymphophilie suspectée de la tumeur 1 point
- Histologie du site tumoral : 2 points
 - o berges d'exérèse envahies 1 point
 - o présence d'embols vasculaires 1 point
 - o présence d'engainements périnerveux 1 point
- Histologie des ganglions 2 points
 - o nombre de ganglions envahis 1 point
 - o existence d'une rupture capsulaire 1 point

Vous revoyez le patient 1 an et demi après l'avoir régulièrement suivi. Il va très bien et vous montre la radiographie thoracique que vous lui avez prescrite.

Question 7

8 points

Que suspectez-vous ?

- Suspicion diagnostique sur cette image nodulaire du lobe supérieur gauche : 2 points
 - o seconde localisation métachrone 3 points
 - o cancer bronchopulmonaire d'un autre type 3 points

Question 8

6 points

Quels examens complémentaires envisagez-vous ?

- Scanner thoracique sans et avec injection 3 points
- Fibroscopie bronchique avec biopsies 3 points

COMMENTAIRES

Définition du récessus piriforme selon l'Académie Nationale de Médecine : « formation paire et symétrique de l'hypopharynx constituée par l'invagination de la muqueuse entre le tube laryngé en dedans, le cartilage thyroïde en dehors et le cartilage cricoïde en bas ».

La France est le pays au monde où l'incidence des carcinomes épidermoïdes des sinus piriformes est la plus élevée.

La plupart du temps, il s'agit de tumeurs déjà bien évoluées (T3 ou T4) car ne devenant symptomatique qu'au bout de plusieurs mois d'évolution. Sans compter la négligence des patients alcoolotabagiques chroniques.

La lymphophilie de ce site tumoral est importante ce qui explique la fréquence des adénopathies cervicales métastatiques (80 % des cas) et leur mauvais pronostic.

Un carcinome des VADS a dans 10 à 20 % des cas une seconde localisation synchrone dont la recherche doit être systématique.

Le scanner thoracique tend à supplanter la radiographie du thorax.

L'examen de la cavité orale comprend l'inspection et la palpation de :

1. lèvres
2. joues
3. gencives
4. dents
5. langue
6. plancher buccal
7. palais osseux
8. trigone rétromolaire
9. commissure intermaxillaire

L'examen de l'oropharynx comprend l'inspection et la palpation de :

1. loges amygdaliennes : amygdales, ogives, piliers antérieurs et postérieurs, région sous amygdalienne
2. sillons glosso-amygdaliens
3. base de langue/vallécule
4. paroi pharyngée postérieure
5. voile du palais

Les dysphagies hautes connaissent un grand nombre de causes. L'interrogatoire est capital pour orienter la recherche étiologique.

Autres causes de dysphagie haute :

- Atteinte pharyngée ou laryngée
 1. corps étranger
 2. pharyngites, angines
 3. épiglottite
 4. abcès parapharyngé
 5. diverticule pharyngo-œsophagien
 6. spasme du muscle cricopharyngien
 7. sténose caustique

- Atteinte du tiers supérieur de l'œsophage :
 1. corps étranger
 2. œsophagite :
 - a. infectieuse
 - b. corrosive : reflux gastro-œsophagien
 - c. post-radique
 - d. syndrome de Plummer Vinson
 3. cancer
 4. sténose caustique
 5. compression extrinsèque :
 - a. cancers de voisinage : thyroïde, adénopathies métastatiques cervicales, trachée, parathyroïde, tumeurs médiastinales
 - b. anomalies anatomiques :
 1. dysphagia lusoria
 2. atrésies œsophagiennes
 6. pathologies motrices :
 - a. achalasie
 - b. œsophage « casse-noisette »
 - c. maladie des spasmes diffus
- Atteinte rachidienne
Hyperostose squelettique idiopathique diffuse cervicale (= maladie de Forestier)
- Atteinte neurologique centrale
 1. accident vasculaire du tronc cérébral
 2. sclérose latérale amyotrophique
 3. poliomyélite
 4. sclérose en plaque
- Atteinte neurologique périphérique :
 1. atteinte élective du nerf vague
 2. polyradiculonévrites
- Atteinte musculaire :
 1. myasthénie
 2. myopathies
 3. myosites, polymyosites

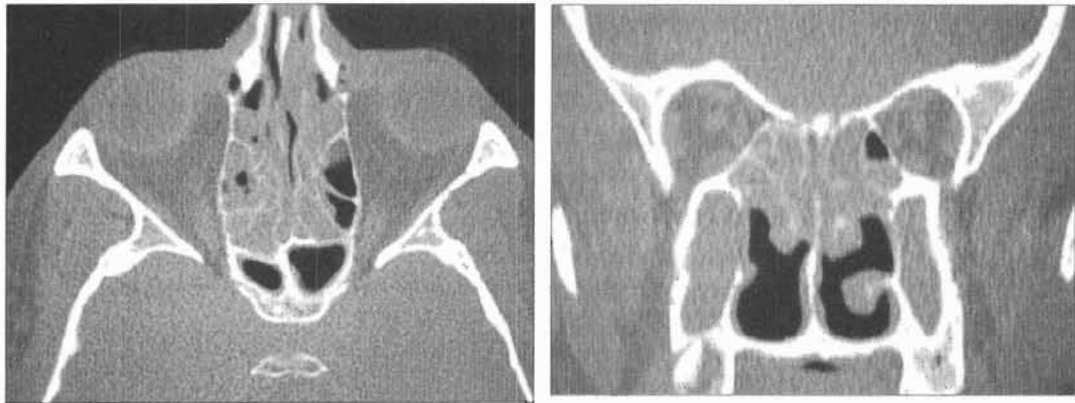
L'absence initiale d'adénopathies rend plus vraisemblable le diagnostic de seconde localisation métachrone que de métastase à distance. La distinction est importante en terme de pronostic.

Dossier 39

Mr Q, 35 ans, vient vous voir pour ce qu'il décrit être une sinusite chronique. Il se plaint depuis environ 2 ans de mal respirer par le nez, raison pour laquelle il a été opéré du nez il y a un an mais sans résultat. Il se plaint par ailleurs de périodes d'écoulement des 2 fosses nasales et des crachats en provenance de la gorge. Par moment, il décrit des céphalées frontales, plutôt matinales sans autre douleur de la face.

L'examen endonasal montre l'existence de 2 polypes d'aspect rassurant du méat moyen droit et un œdème du méat moyen gauche. Les fentes olfactives ne sont pas visibles.

Son médecin traitant lui a prescrit un scanner du massif facial effectué 3 mois plus tôt.



- Question 1** Par quelles structures est limitée la fente olfactive ?
- Question 2** Quelles sont les questions à poser au patient, compte tenu du tableau clinique et des images scanographiques.
- Question 3** Analyser les données du scanner du massif facial.
- Question 4** Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments.
- Question 5** Effectuez-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ? Sinon, pourquoi ?
- Question 6** Quel traitement entreprenez-vous ?
- Question 7** Vous le revoyez au bout de 3 mois. Quels sont les éléments de surveillance ?
- Question 8** 12 mois après, il se dit peu amélioré. Vous portez l'indication opératoire. Quel geste devez-vous effectuer ?
- Question 9** Quels sont les risques opératoires qu'il faut porter à la connaissance du patient ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

8 points

Par quelles structures est limitée la fente olfactive ?

- En haut : lame criblée de l'ethmoïde au niveau de la gouttière olfactive.....2 points
- En bas : bord inférieur du cornet moyen.....2 points
- En dedans : septum2 points
- En dehors : face médiale du cornet moyen2 points

Question 2

13 points

Quelles sont les questions à poser au patient, compte tenu du tableau clinique et des images scanographiques.

- Antécédents médicaux, en particulier :
 - o asthme2 points
 - o allergie.....1 point
 - o intolérance à l'aspirine2 points
 - o soins dentaires1 point
 - o médicaments utilisés, leur fréquence, leur efficacité.....1 point
- Symptomatologie associée :
 - o troubles de l'odorat/du goût2 points
 - o épistaxis.....1 point
 - o éternuements.....1 point
 - o douleur dentaire1 point
 - o symptômes oculaires1 point

Question 3

9 points

Analyser les données du scanner du massif facial.

- Coupe horizontale et coupe coronale1 point
- Séquelle de turbinectomie inférieure droite1 point
- Opacité partielle et diffuse du labyrinthe ethmoïdal :3 points
 - o bilatérale.....1 point
 - o symétrique1 point
- Opacité complète des 2 sinus maxillaires.....1 point
- Épaississement muqueux des 2 sinus sphénoïdaux1 point

Question 4

15 points

Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments.

- Diagnostic : polypose nasosinusienne5 points
- Arguments :
 - o antécédents :
 - inefficacité du traitement chirurgical préalable.....1 point
 - o symptomatologie :
 - obstruction nasale1 point
 - rhinorrhée postérieure1 point
 - o signe physique :
 - existence de polypes2 points
 - de façon bilatérale.....1 point
 - au niveau des méats moyens1 point
 - o imagerie :
 - opacités ethmoïdales bilatérales et symétriques.....3 points

Question 5

12 points

Effectuez-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?
Sinon, pourquoi ?

- Oui2 points
- Recherche d'une allergie :2 points
 - o enquête allergologique.....1 point
 - o tests multi-allergéniques type PHADIATOP®.....1 point
 - o tests cutanés orientés selon les résultats de l'enquête1 point
- Recherche d'un asthme sous-jacent :2 points
 - o explorations fonctionnelles respiratoires :2 points
 - avec test à la métacholine1 point

Question 6

12 points

Quel traitement entreprenez-vous ?

- D'attaque :2 points
 - o corticothérapie orale :2 points
 - de courte durée (7-8 jours).....1 point
 - à la dose de 1 mg/kg/j
- D'entretien = traitement chronique (plus de 6 mois).....2 points
 - o lavage des fosses nasales, soigneux, régulier,
2 à 3 fois par jour2 points
 - o corticothérapie locale sous forme de pulvérisation
nasale, 1 heure après les lavages : 1 pulvérisation
dans chaque fosse nasale matin et soir3 points

Question 7
10 points

Vous le revoyez au bout de 3 mois. Quels sont les éléments de surveillance ?

- Tolérance du traitement (corticothérapie locale) : 1 point
 - o sécheresse nasale 1 point
 - o épistaxis.....0,5 point
 - o picotements.....0,5 point
- Efficacité du traitement :2 points
 - o de la corticothérapie générale 1 point
 - o de la corticothérapie locale (maintien de l'amélioration symptomatique obtenue grâce à la corticothérapie générale) 1 point
 - o sur quels symptômes ?2 points
 - o apparition d'autres symptômes ? 1 point

Question 8
6 points

12 mois après, il se dit peu amélioré. Vous portez l'indication opératoire. Quel geste devez-vous effectuer ?

- Ethmoïdectomie totale endonasale bilatérale.....6 points

Question 9
15 points

Quels sont les risques opératoires qu'il faut porter à la connaissance du patient ?

- De l'anesthésie générale..... 1 point
- Propres à ce genre de chirurgie :
 - o blessure de l'artère sphénoptérieure : 1 point
 - épistaxis 1 point
 - o blessure de l'artère carotide interne : 1 point
 - épistaxis massive, décès..... 1 point
 - o blessure de l'orbite : 1 point
 - pneumorbite0,5 point
 - hématome orbitaire (risque de cécité) 1 point
 - o blessure des voies lacrymales : 1 point
 - épiphora0,5 point
 - dacryocystite..... 1 point
 - o blessure du nerf optique : 1 point
 - cécité..... 1 point
 - o blessure du toit ethmoïdal : 1 point
 - anosmie..... 1 point
 - fuite de liquide céphalo-rachidien, méningite 1 point

COMMENTAIRES

La polypose nasosinusienne (PNS) est une pathologie fréquente à connaître dans le cadre des sinusites chroniques de nature inflammatoire.

Il s'agit d'une dégénérescence œdémateuse multifocale de la muqueuse sinusienne ethmoïdale, se manifestant sous la forme de polypes translucides situés dans les méats ethmoïdaux et pouvant se prolaber dans la fosse nasale.

La PNS se manifeste par un riche cortège de signes rhinosinusiens, notamment l'obstruction nasale et la rhinorrhée postérieure. Les troubles quantitatifs de l'odorat (de l'hyposmie à l'anosmie) et du goût (agueusie) sont particulièrement évocateurs.

Les céphalées frontales ici rapportées peuvent être le signe d'une obstruction nasale nocturne ou d'un trouble de la perméabilité du canal nasofrontal par l'œdème muqueux.

Il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité des symptômes et la taille des polypes.

La PNS n'est pas liée à l'allergie.

25 à 50 % des patients atteints d'une PNS sont asthmatiques, ce que les patients ne savent pas toujours.

10 à 15 % des PNS sont à intégrer dans le syndrome de Fernand Widal :

- PNS,
- asthme non allergique,
- intolérance à l'aspirine.

La constatation d'une PNS chez un enfant doit conduire à la recherche d'une mucoviscidose ou d'une maladie ciliaire

La PNS ne dégénère jamais.

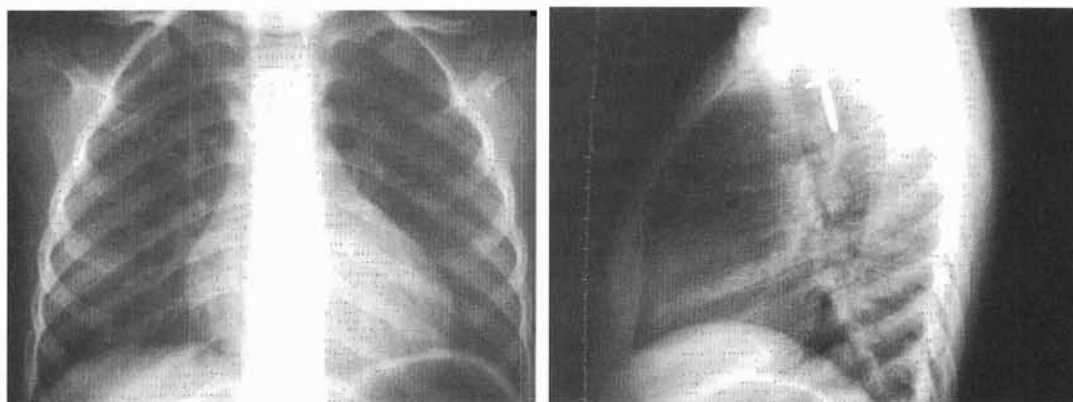
Maladie chronique, son traitement est également chronique et repose principalement sur la corticothérapie locale. Des corticothérapies générales en cure courtes sont possibles à hauteur de 2 fois par an. Au-delà, il s'agit d'une corticodépendance qui expose aux complications de la corticothérapie au long cours. L'indication opératoire est alors licite.

Dossier 40

Grégoire, 3 ans, vient d'avaler une des bagues de sa maman, « pour voir quel goût elle avait ». C'était il y a 1 heure. Ses parents inquiets sont vite venus aux urgences.

Grégoire paraît asymptomatique. En particulier, il ne se plaint d'aucune douleur. Il n'a aucun antécédent particulier et est à jeun depuis 3 heures.

Une radiographie thoracique est effectuée.



Question 1

Que faut-il rechercher à l'interrogatoire ?

Question 2

Quel signe, outre les douleurs, aurait pu faire suspecter une mauvaise tolérance ?

Question 3

À quel niveau se situe la bague ?

Question 4

Quelle est votre attitude initiale ?

Question 5

Une radiographie est effectuée 3 heures après. La bague n'a pas bougé. Quelle est votre décision à ce moment ?

Question 6

De quoi informez-vous les parents ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

14 points

Que faut-il rechercher à l'interrogatoire ?

- Antécédent de malformation congénitale de l'œsophage (atrésie)4 points
- Syndrome de pénétration6 points
- Existence d'une toux depuis l'ingestion de la bague4 points

Question 2

8 points

Quel signe, outre les douleurs, aurait pu faire suspecter une mauvaise tolérance ?

- Hypersialorrhée.....8 points

Question 3

12 points

À quel niveau se situe la bague ?

- Partie thoracique :4 points
 - o de l'œsophage4 points
 - o 1/3 supérieur4 points

Question 4

28 points

Quelle est votre attitude initiale ?

- Surveillance hospitalière :5 points
 - o clinique5 points
 - o radiologique5 points
- Laisser à jeun.....5 points
- Spasmolytique :5 points
 - o type phloroglucinol (SPASFON®) en suppositoire.....3 points

Question 5

14 points

Une radiographie est effectuée 3 heures après. La bague n'a pas bougé. Quelle est votre décision à ce moment ?

- Blocage œsophagien :
 - o indication à une extraction de la bague.....5 points
 - o par œsophagoscopie5 points
 - o sous anesthésie générale.....4 points

Question 6

24 points

De quoi informez-vous les parents ?

- Sur les risques de laisser en place la bague :3 points
 - o dysphagie4 points
 - o perforation œsophagienne4 points
 - o médiastinite2 points
- Sur les risques de l'œsophagoscopie :3 points
 - o risques propres de l'anesthésie générale4 points
 - o perforation œsophagienne lors de l'extraction4 points

COMMENTAIRES

Pathologie fréquente en pédiatrie, le corps étranger œsophagien peut exposer au risque de perforation œsophagienne et de médiastinite ce qui en fait toute sa dangerosité.

Tout comme le corps étranger bronchique, c'est l'enfant de moins de 5 ans qui représente la tranche d'âge la plus fréquemment touchée.

Le corps étranger le plus fréquent est la pièce de monnaie.

Il est possible d'attendre quelques heures, laissant à la motricité œsophagienne la possibilité de faire descendre le corps étranger. Cela ne se conçoit que si ce dernier est bien toléré par l'enfant.

La prévention passe par une information régulière et répétée des parents.

Dossier 41

Dossier ECN – 2004

Un jeune homme de 20 ans, 70 kg, vient vous consulter pour l'apparition depuis 24 h d'une douleur de gorge aggravée par la déglutition. Ce matin, il avait une température à 38,5 °C. À l'examen, vous constatez : un pouls à 90/min, une pression artérielle à 110/60 mmHg, des amygdales tuméfiées, rouges, plusieurs adénopathies sous-digastriques sensibles à la palpation.

Question 1 Quel diagnostic évoquez-vous ?

Vous réalisez un test de diagnostic rapide (TDR). Ce TDR est positif.

Question 2 Quel traitement prescrivez-vous (avec la posologie) ?

Vous le revoyez 48 heures plus tard pour intensification de l'odynophagie et apparition d'une gêne respiratoire aggravée par la position couchée.

La reprise de l'interrogatoire vous apprend qu'il est rentré il y a 4 jours d'Ukraine où il a séjourné 3 mois dans le cadre d'un stage. Il se plaint d'une asthénie depuis déjà plusieurs jours. Sa voix est nasonnée.

Votre examen montre une pâleur, une fièvre à 39 °C, des amygdales volumineuses recouvertes d'un enduit blanc nacré, facile à décoller avec abaisse-langue, un purpura pétéchial sur le voile du palais, des adénopathies occipitales, sous-digastriques et axillaires bilatérales, une splénomégalie palpable en inspiration profonde. Le diagnostic initial est remis en cause.

Question 3 Comment expliquez-vous le résultat du TDR il y a 2 jours ?

Question 4 Argumentez les hypothèses diagnostiques que vous évoquez. Au final, laquelle retenez-vous ?

Question 5 Quel bilan complémentaire proposez-vous en première intention pour étayer cette hypothèse ?

Un ictère cutané et conjonctival apparaît au 5^e jour, avec une coloration foncée des urines, sans décoloration des selles.

Question 6 Quelle complication évoquez-vous ?

Question 7 Comment la confirmez-vous ?

Question 8 Comment traitez-vous cette complication ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

Quel diagnostic évoquez-vous ?

- Angine aiguë érythémateuse bilatérale

Question 2

Vous réalisez un test de diagnostic rapide (TDR) Ce TDR est positif
Quel traitement prescrivez-vous (avec la posologie) ?

- Étiologique : antibiothérapie per os active sur le streptocoque β -hémolytique du groupe A :
 - o pénicilline A orale (amoxicilline) 1 g x 2 par jour pendant 6 jours
 - o en cas d'allergie à la pénicilline, macrolide type josamycine (JOSACINE®) 1 g x 2 par jour pendant 5 jours
- Symptomatique = antalgie :
 - o paracétamol (500 mg) associé éventuellement à la codéine (30 mg) si douleur importante, sous forme de comprimés effervescents : 1 à 2 cp selon douleur jusqu'à 6 par jour
 - o régime alimentaire adapté, type lacté froid tant que la douleur est importante
 - o contre-indication des anti-inflammatoires
- Arrêt de travail pour 7 jours.

Vous le revoyez 48 heures plus tard pour intensification de l'odynophagie et apparition d'une gêne respiratoire aggravée par la position couchée.

La reprise de l'interrogatoire vous apprend qu'il est rentré il y a 4 jours d'Ukraine où il a séjourné 3 mois dans le cadre d'un stage. Il se plaint d'une asthénie depuis déjà plusieurs jours. Sa voix est nasonnée.

Votre examen montre une pâleur, une fièvre à 39 °C, des amygdales volumineuses recouvertes d'un enduit blanc nacré, facile à décoller avec abaisse-langue, un purpura pétéchial sur le voile du palais, des adénopathies occipitales, sous-digastriques et axillaires bilatérales, une splénomégalie palpable en inspiration profonde. Le diagnostic initial est remis en cause.

Question 3

Comment expliquez-vous le résultat du TDR il y a 2 jours ?

- On peut faire 3 hypothèses :
 - o soit il avait vraiment une angine streptococcique, la suite étant indépendante
 - o soit le test a été mal fait ou mal lu
 - o soit il s'agit d'un des rares cas de faux positifs du TDR

Question 4

Argumentez les hypothèses diagnostiques que vous évoquez. Au final, laquelle retenez-vous ?

Étiologies des angines pseudomembraneuses :

- Mononucléose infectieuse :
 - o argument de fréquence
 - o terrain : adulte jeune/adolescent
 - o symptomatologie (autre que celle propre à l'angine) :
 - asthénie
 - odynophagie prolongée malgré un traitement antibiotique bien conduit
 - rhinolalie fermée + gêne respiratoire en décubitus en faveur d'une hypertrophie importante des amygdales
 - o signes physiques :
 - polyadénopathies cervicales notamment postérieures
 - caractères des fausses membranes :
 - localisées aux amygdales
 - non adhérentes
 - purpura pétéchial du voile
 - splénomégalie
- Diphtérie :
 - o à évoquer systématiquement du fait de sa létalité en l'absence de traitement
 - o terrain : séjour récent dans une zone d'endémie (Ukraine), pas de notion de vaccination ou de rappel
 - o symptomatologie :
 - asthénie
 - gêne respiratoire en décubitus pouvant faire craindre à une extension laryngée supraglottique (épiglotte)
 - o signes physiques :
 - polyadénopathies cervicales
 - pâleur
 - caractères des fausses membranes :
 - blanc nacré
- On retient bien entendu la mononucléose infectieuse dont est présenté le tableau typique. Outre le caractère typique du tableau, deux autres arguments :
 - o la grande rareté de la diphtérie en France (1 cas sur les 30 dernières années)
 - o la très bonne couverture vaccinale, avec un vaccin efficace à 100 %.

Question 5

Quel bilan complémentaire proposez-vous en première intention pour étayer cette hypothèse ?

- Numération formule sanguine :
 - o à la recherche d'un syndrome mononucléosique
 - o à la recherche d'une hyperlymphocytose
 - o à la recherche d'une thrombopénie
 - o pour écarter une éventuelle leucémie
- MNI test

Un ictère cutané et conjonctival apparaît au 5^e jour, avec une coloration foncée des urines, sans décoloration des selles.

Question 6

Quelle complication évoquez-vous ?

- Anémie hémolytique

Question 7

Comment la confirmez-vous ?

- Confirmation par bilan biologique :
 - o confirmation de l'hémolyse :
 - Numération Formule Sanguine
 - dosage des réticulocytes sanguins
 - dosage de la bilirubine libre et conjuguée sanguine
 - dosage de l'haptoglobine sanguine
 - o bilan étiologique de l'hémolyse :
 - test de Coombs
 - sérologie EBV, à ce stade de complication, si la MNI n'a pas été documentée auparavant.

Question 8

Comment traitez-vous cette complication ?

- Indication à une corticothérapie par prednisolone *per os*, 1 mg/kg/jour initialement, en association à un régime désodé non strict
- Hospitalisation initiale pour surveillance :
 - o des complications de l'hémolyse
 - o de sa profondeur (anémie profonde pouvant nécessiter une transfusion dans de rares cas)
 - o de sa correction sous corticothérapie (sinon, indication d'immunoglobulines intraveineuses)

COMMENTAIRES

Nouveau dossier transversal impliquant l'ORL, les maladies infectieuses, la santé publique et l'hématologie.

Le streptocoque β hémolytique du groupe A (SGA) est le premier agent bactérien responsable d'angine.

L'angine streptococcique représente 25 à 40 % des angines de l'enfant et 10 à 25 % des angines de l'adulte. Elle peut occasionner des complications potentiellement graves : les syndromes post-streptococciques (rhumatisme articulaire aigu et glomérulonéphrite aiguë) et les complications septiques locales ou générales.

Le diagnostic d'angine aiguë à SGA reste avant tout clinique. La probabilité d'une infection à ce germe augmente avec le nombre de critères cliniques prédictifs présents :

- fièvre $> 38^{\circ}\text{C}$,
- présence d'au moins une adénopathie cervicale antérieure inflammatoire,
- augmentation de volume d'une ou des 2 amygdales ou présence d'un exsudat,
- absence de toux.

La modification de l'article L. 6211-8 du code de la santé publique a rendu possible l'utilisation des tests de diagnostic rapide par des médecins au sein de leur cabinet médical.

Le TDR a une très bonne spécificité (95 %) mais il reste tout de même 5 % de faux positifs. Néanmoins, la question n° 3 reste discutable...

L'antibiothérapie de référence actuelle de l'angine streptococcique est la pénicilline A orale pour sa durée de prescription plus courte que la pénicilline V (6 jours au lieu de 10) et donc une meilleure observance. En cas d'allergie à la pénicilline, la josamycine est l'antibiotique indiqué.

Les sérologies à EBV ne sont pas indiquées devant une angine. Si le MNI test est négatif (sensibilité de 80 %) mais que le tableau clinique est évocateur, aucune confirmation n'est nécessaire.

L'angine pseudomembraneuse est une indication à la réalisation d'une NFS. Outre les signes biologiques classiques de la MNI, elle peut montrer des signes de leucémie aiguë.

La complication attendue était une anémie hémolytique et non une hépatite ! Néanmoins, il existe dans les 2 cas une indication à une corticothérapie orale.

NB : Nous n'avons pas souhaité donner de barème pour ce dossier.

Dossier 42

Un patient de 25 ans consulte en urgence à la suite d'une rixe. Il présente un hématome péri-orbitaire gauche, une épistaxis gauche et la palpation retrouve un ressaut au niveau de la margelle orbitaire inférieure.

Vous suspectez cliniquement une fracture de l'os zygomatique gauche.

-
- Question 1** Quels sont les examens radiographiques standard nécessaires au bilan pré-opératoire ?
- Question 2** Quelle est, dans ce cadre, l'indication d'un scanner facial ? Quels sont alors les intérêts des différents types de coupe ?
- Question 3** Quel est le principe du traitement des fractures de l'os zygomatique ?
- Question 4** Quelles sont les complications ophtalmologiques possibles de ce type de fracture ? Par quel mécanisme ?
- Question 5** Quelle est la complication neurologique possible ? Décrire sa conséquence.
- Question 6** Quelle est la principale complication fonctionnelle possible d'une fracture de l'os zygomatique ? Expliquez-en le mécanisme.
- Question 7** Une fracture isolée du malaire, peut-elle entraîner une modification de l'occlusion ou de l'articulé dentaire ? Pourquoi ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

12 points

Quels sont les examens radiographiques standard nécessaires au bilan pré-opératoire ?

- Cliché radiographique en incidence de Blondeau6 points
- Incidence des plus grands contours (Hirtz défléchi)6 points

Question 2

20 points

Quelle est, dans ce cadre, l'indication d'un scanner facial ? Quels sont alors les intérêts des différents types de coupe ?

- Indication du scanner facial : suspicion de fracture du plancher orbitaire.....6 points
- Coupes axiales : appréciation du recul du corps de l'os zygomatique4 points
- Coupes coronales :
 - o affirmation d'une éventuelle fracture du plancher orbitaire.....4 points
 - o appréciation d'une éventuelle incarceration musculaire.....6 points

Question 3

16 points

Quel est le principe du traitement des fractures de l'os zygomatique ?

- Chirurgical sous anesthésie générale2 points
- Réduction de l'os zygomatique au crochet ou au levier4 points
- En cas d'instabilité, ostéosynthèse par fils d'acier ou plaques.....4 points
- Réfection du plancher orbitaire, après désincarcération de la graisse péri-orbitaire ou du muscle droit inférieur.....4 points
- Contrôle d'une bonne élévation du globe par un test de duction forcée2 points

Question 4

16 points

Quelles sont les complications ophtalmologiques possibles de ce type de fracture ? Par quel mécanisme ?

- Trouble de la statique du globe oculaire par énoptalmie :4 points
 - o du fait d'une augmentation du volume de la cavité orbitaire en cas de mauvaise réduction des fractures4 points
- Diplopie notamment dans le regard vertical :4 points
 - o par incarceration de la graisse péri-orbitaire ou du muscle droit inférieur dans le plancher orbitaire..4 points

Question 5

17 points

Quelle est la complication neurologique possible ? Décrire sa conséquence.

- Complication neurologique : lésion du nerf sous-orbitaire, extrémité terminale du nerf maxillaire, deuxième branche du nerf trijumeau4 points
- Conséquence :
 - o hypoesthésie ou une anesthésie complète4 points
 - o à tous les modes (tactile épicrotique, thermique et nociceptif)1 point
 - o dans le territoire du nerf sous-orbitaire :
 - paupière inférieure1 point
 - joue1 point
 - hémilèvre supérieure versant cutané et muqueux2 points
 - vestibule supérieur et dents naturelles de l'hémi-arcade supérieure2 points
 - o Paresthésies à type de picotements ou de fourmillements2 points

Question 6

12 points

Quelle est la principale complication fonctionnelle possible d'une fracture de l'os zygomatique ? Expliquez-en le mécanisme.

- Limitation de l'ouverture buccale4 points
- Du fait d'un conflit mécanique entre le corré et l'os zygomatique4 points
- En cas de mauvaise réduction de l'os zygomatique4 points

Question 7

7 points

Une fracture isolée du malaire, peut-elle entraîner une modification de l'occlusion ou de l'articulé dentaire ? Pourquoi ?

- Non3 points
- Les dents de l'arcade supérieure se trouvent sur l'os maxillaire et non sur l'os zygomatique4 points

COMMENTAIRES

Fracture faciale fréquente, la fracture de l'os zygomatique (malaire) est de diagnostic facile devant un examen physique bien effectué.

Le bilan radiographique ne vient que confirmer le diagnostic.

L'indication du scanner du massif facial est précise.

La non réduction de cette fracture peut entraîner des troubles fonctionnels (troubles sensitifs, diplopie) et esthétiques (recul de la pommette, énoptalmie).

Dossier 43

Un motocycliste, non casqué, vous est adressé par le SAMU à la suite d'un grave accident. Il est conscient mais présente un polytraumatisme facial.

Question 1 Quelles sont les urgences potentielles à traiter avant la prise en charge du traumatisme facial ?

Le blessé présente une rhinorrhée aqueuse

Question 2 Quel test clinique simple, praticable au lit permet de déterminer s'il s'agit d'une rhinorrhée cérébrospinale ?

Question 3 Quelles sont les lésions traumatiques faciales les plus fréquentes à l'origine d'une rhinorrhée cérébrospinale ?

Question 4 Quelle mesure prophylactique doit être prise en cas de rhinorrhée cérébrospinale ? Pour quelle raison ?

Le bilan par scanner du massif facial confirme l'existence d'une disjonction craniofaciale de type Le Fort II

Question 5 Comment peut-on différencier cliniquement une disjonction de type Le Fort II d'une disjonction de type Le Fort III ?

Question 6 Quels sont les principes du traitement chirurgical des fracas faciaux ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

20 points

Quelles sont les urgences potentielles à traiter avant la prise en charge du traumatisme facial ?

- Détresse respiratoire par inhalation d'un corps étranger ou d'une dent4 points
- Détresse circulatoire du fait d'un choc hémorragique (lésions thoraciques ou abdominales)4 points
- Hématome extra-dural ou sous-dural4 points
- Fracture ou luxation du rachis notamment cervical, mais également dorsal et lombaire4 points
- Toute lésion ophtalmologique.....4 points

Le blessé présente une rhinorrhée aqueuse.

Question 2

8 points

Quel test clinique simple, praticable au lit permet de déterminer s'il s'agit d'une rhinorrhée cérébrospinale ?

- Le test de la compresse :5 points
 - o qui va mettre en évidence un halo clair.....3 points

Question 3

22 points

Quelles sont les lésions traumatiques faciales les plus fréquentes à l'origine d'une rhinorrhée cérébrospinale ?

- Les disjonctions craniofaciales :2 points
 - o moyennes type Le Fort II2 points
 - o hautes type Le Fort III2 points
- Fractures de la paroi postérieure du sinus frontal4 points
- Disjonctions orbito-naso-ethmoïdo-frontales (DNEF)4 points
- Fractures du rocher4 points
- Fractures de la lame ciblée de l'ethmoïde4 points

Question 4

12 points

Quelle mesure prophylactique doit être prise en cas de rhinorrhée cérébrospinale ? Pour quelle raison ?

- Vaccination antipneumococcique :6 points
 - o visant à prévenir le risque de méningite à pneumocoques6 points

Le bilan par scanner du massif facial confirme l'existence d'une disjonction craniofaciale de type Le Fort II

Question 5

16 points

Comment peut-on différencier cliniquement une disjonction de type Le Fort II d'une disjonction de type Le Fort III ?

- Absence de mobilisation des os zygomatiques (= malaïres) lors du mouvement de tiroir antéropostérieur de l'arcade dentaire supérieure (= os maxillaire) par rapport à l'os frontal en cas de Le Fort II6 points
- Sensation de décroché à la palpation de la margelle orbitaire inférieure en cas de Le Fort II6 points
- Épiphora potentielle en cas de Le Fort II due à une possible atteinte des voies lacrymales.....4 points

Question 6

22 points

Quels sont les principes du traitement chirurgical des fracas faciaux ?

- Trachéotomie6 points
- Blocage intermaxillaire pour rétablir l'occlusion et l'articulé dentaire.....8 points
- Réduction des différentes fractures et ostéosynthèse par plaques et/ou fils d'acier au niveau des piliers de force de la face8 points

COMMENTAIRES

Les fractures de Le Fort sont des fractures dites transfaciales avec troubles de l'articulé dentaire. Elles associent des fractures de la face et des fractures des processus ptérygoïdes.

Elles sont le fait de chocs violents antéropostérieurs.

Les lésions associées sont fréquentes, notamment thoraciques, crâniennes et rachidiennes. Ce sont elles qui font la gravité de tels traumatismes.

Le bilan lésionnel radiologique passe systématiquement par un scanner du massif facial même si l'examen physique peut correctement estimer les dégâts fracturaires.

La trachéotomie est systématique car l'intubation nasale est contre-indiquée du fait de risques de rhinorrhée cérébro-spinale et l'intubation orale impossible du fait du blocage intermaxillaire à prévoir.

Dossier 44

Un patient vous est adressé à la suite d'une chute de sa hauteur sur le menton. Il présente une limitation douloureuse de l'ouverture buccale et un hématome sous mental.

Vous suspectez cliniquement une fracture mandibulaire.

Question 1 Quels sont les deux examens radiologiques standard permettant d'affirmer le diagnostic de fracture de la mandibule en précisant l'intérêt de chacun ?

Question 2 Quels sont les signes cliniques faisant évoquer le diagnostic de fracture du condyle de la mandibule ?

Question 3 Quelles sont les complications nerveuses des fractures de la mandibule et leurs conséquences cliniques ?

Le bilan radiographique met en évidence l'existence d'une fracture du condyle mandibulaire gauche.

Question 4 Quelles sont les modalités du traitement des fractures du condyle mandibulaire ?

Question 5 Quelles sont les complications des fractures du condyle mandibulaire ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

17 points

Quels sont les deux examens radiologiques standard permettant d'affirmer le diagnostic de fracture de la mandibule en précisant l'intérêt de chacun ?

- Cliché panoramique dentaire :5 points
 - o visualise :
 - la région médiane symphysaire1 point
 - la région parasymphysaire1 point
 - la branche horizontale1 point
 - la région angulaire1 point
- Incidence en face basse bouche ouverte :5 points
 - o qui est indispensable pour visualiser les condyles mandibulaires3 points

Question 2

16 points

Quels sont les signes cliniques faisant évoquer le diagnostic de fracture du condyle de la mandibule ?

- La notion de choc sur le menton3 points
- L'existence d'une douleur en avant du méat acoustique externe4 points
- Une latérodéviation du côté fracturé lors des mouvements d'ouverture buccale et de propulsion mandibulaire5 points
- Une modification de l'occlusion et de l'articulé dentaire avec :
 - o contact molaire prématuré2 points
 - o béance incisive du côté fracturé2 points

Question 3

20 points

Quelles sont les complications nerveuses des fractures de la mandibule et leurs conséquences cliniques ?

- Lésion du nerf alvéolaire inférieur :4 points
 - o hypoesthésie ou une anesthésie au niveau de la région labiomentonnière, c'est-à-dire au niveau de l'hémilèvre inférieure du côté traumatisé, sur le versant muqueux et cutané, au niveau du vestibule inférieur au niveau de la face interne de la joue et en regard des dents naturelles de l'hémimandibule traumatisée3 points
 - o il en résulte une incontinence labiale avec bavage et morsures de l'hémilèvre inférieure du côté traumatisé2 points
- Lésion du nerf lingual :4 points
 - o hypoesthésie ou une anesthésie complète de l'hémilangue mobile en avant du V lingual, du côté traumatisé3 points
 - o il en résulte :
 - des morsures d'âge différent de la partie antérolatérale de la langue2 points
 - une altération de la perception du goût2 points

Le bilan radiographique met en évidence l'existence d'une fracture du condyle mandibulaire gauche.

Question 4

28 points

Quelles sont les modalités du traitement des fractures du condyle mandibulaire ?

- Il faut distinguer les fractures articulaires du condyle (fractures hautes ou capitales) des fractures extra-articulaires (sous condyliennes basses)4 points
- Le traitement des fractures condyliennes articulaires est fonctionnel :4 points
 - o mobilisation avec kinésithérapie précoce2 points
 - o active et passive2 points
 - o prolongée2 points
 - o avec des mouvements de propulsion mandibulaire et de diduction2 points
- Le traitement des fractures condyliennes extra-articulaires est orthopédique et/ou chirurgical :4 points
 - o rétablissement de l'articulé dentaire2 points
 - o par un blocage intermaxillaire2 points
 - o qui sera conservé pendant 6 semaines2 points
 - o ou une ostéosynthèse par plaques ou fil d'acier2 points

Question 5

19 points

Quelles sont les complications des fractures du condyle mandibulaire ?

- L'ankylose temporomandibulaire avec :4 points
 - o une diminution de l'amplitude de l'ouverture buccale2 points
 - o une latérodéviation du côté fracturé2 points
- Chez l'enfant il existe un risque de troubles de croissance de l'hémimandibule du côté traumatisé avec :3 points
 - o micromandibulie unilatérale2 points
 - o troubles de l'occlusion et de l'articulé dentaire2 points
- Des troubles de l'occlusion avec un contact molaire prématuré du côté fracturé et une béance antérieure incisive4 points

COMMENTAIRES

Les fractures de la mandibule sont dues le plus souvent à un choc direct.

L'examen physique initial est fondamental pour poser le diagnostic (existence de points douloureux exquis, plaies muqueuses, mobilités osseuses, déformations des reliefs) et rechercher des complications fonctionnelles (état de la denture, hypoesthésie dans le territoire du nerf mandibulaire inférieur, troubles de l'occlusion).

Le traitement des fractures mandibulaires est le plus souvent orthopédique, parfois chirurgical, visant à restaurer un bon articulé dentaire.

Une exception toutefois, les fractures mandibulaires articulaires (capitales ou sous condyliennes hautes) dont le traitement est fonctionnel.

L'ankylose temporomandibulaire correspond à une soudure entre le condyle mandibulaire et le condyle temporal.

Dossier 45

Un patient vous consulte en urgence pour une limitation de l'ouverture buccale, un œdème sous angulomandibulaire droit, des douleurs de l'hémimandibule droite et une température à 39 °C.

L'interrogatoire retrouve la notion de douleur dentaire évoluant depuis plusieurs jours ayant nécessité la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

L'examen clinique retrouve une volumineuse carie délabrante en regard de la dent 46 et une collection du vestibule inférieur droit et sous angulomandibulaire.

Question 1 Quel le premier diagnostic clinique à évoquer devant ce tableau clinique ?

Question 2 Comment affirmer, cliniquement, que la cellulite est collectée ?

Question 3 Quel bilan radiographique faut-il demander ? Que faut-il rechercher sur cet examen ?

Question 4 Quel est le principe du traitement des cellulites d'origine dentaire ?

L'état du patient se détériore rapidement avec température à 40 °C, altération de l'état général et apparition d'une crépitation à la palpation de la région cervicale.

Question 5 Quel est votre diagnostic ?

Question 6 Quelle est alors la conduite à tenir ?

Question 7 Comment expliquer la détérioration rapide de l'état clinique du patient ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

14 points

Quel le premier diagnostic clinique à évoquer devant ce tableau clinique ?

- Cellulite.....4 points
- Cervicale2 points
- Sous angulomandibulaire2 points
- Collectée.....4 points
- D'origine dentaire (dent 46)2 points

Question 2

10 points

Comment affirmer, cliniquement, que la cellulite est collectée ?

- Présence d'une fluctuation au palper bidigital.....10 points

Question 3

15 points

Quel bilan radiographique faut-il demander ? Que faut-il rechercher sur cet examen ?

- Cliché panoramique dentaire5 points
- Recherche de la présence d'une lésion apicale
ostéolytique à type de kyste ou de granulome5 points
- En regard d'une dent présentant un délabrement carieux .5 points

Question 4

15 points

Quel est le principe du traitement des cellulites d'origine dentaire ?

- Extraction de la dent causale4 points
- Drainage de la cellulite par voie endobuccale
ou cervicale sous anesthésie locale ou anesthésie
générale4 points
- Lavages abondants pluriquotidiens antiseptiques
de la cavité abcédée.....3 points
- Antibiothérapie type amoxicilline 3 g par jour
(rovamycine en cas d'allergie à la pénicilline) +
métronidazole 1,5 g par jour4 points

L'état du patient se détériore rapidement avec température à 40 °C, altération de l'état général et apparition d'une crépitation à la palpation de la région cervicale.

Question 5

11 points

Quel est votre diagnostic ?

- Cellulite cervicale gangréneuse.....5 points
- D'origine dentaire.....2 points
- À germes anaérobies (qui produisent les gaz
à l'origine de la crépitation neigeuse).....4 points

Question 6

29 points

Quelle est alors la conduite à tenir ?

- Urgence médicochirurgicale.....2 points
- Hospitalisation en réanimation2 points
- Mise en place d'une double voie d'abord sanguine
(permettant à remplissage pour prévenir le choc
hémodynamique).....3 points
- Intervention de drainage en extrême urgence
avec excision des tissus nécrosés et mise en place
de lames de drainage5 points
- Lavage pluriquotidien.....3 points
- Prélèvements bactériologiques multiples2 points
- Antibiothérapie :2 points
 - o triple.....1 point
 - o parentérale1 point
 - o bactéricide1 point
 - o synergique1 point
 - o active contre la flore orale et les anaérobies2 points
 - o secondairement adaptée aux résultats
des prélèvements1 point
- Extraction de la dent causale3 points

Question 7

6 points

Comment expliquer la détérioration rapide de l'état clinique du patient ?

- La prise d'anti-inflammatoires qui favorisent
la diffusion de l'infection.....6 points

COMMENTAIRES

Les cellulites cervicofaciales les plus fréquentes sont d'origine dentaire.

Elles sont nettement favorisées par la prise d'AINS.

Leur diagnostic est en règle facile : tuméfaction cervicale et/ou faciale inflammatoire associée à des signes dentaires adjacents (douleur, mobilité).

La collection purulente, suspectée cliniquement, confirmée radiologiquement (échographie, scanner), nécessite un geste chirurgical d'évacuation.

La constatation d'une crépitation neigeuse fait basculer le degré d'urgence de la prise en charge de la cellulite et son pronostic qui devient vital.

Dossier 46

Un patient vous consulte en urgence pour une tuméfaction de la région sous maxillaire droite, douloureuse, fébrile avec une peau érythémateuse en regard. Il se plaint par ailleurs d'une odynophagie. Vous suspectez le diagnostic de sous maxillite aiguë.

-
- Question 1** Quels arguments cliniques vont confirmer formellement votre diagnostic ?
- Question 2** Quels sont les autres éléments cliniques à rechercher en faveur de ce diagnostic de sous maxillite ?
- Question 3** Quel examen radiologique simple va confirmer ce diagnostic ?
- Question 4** Quel est le principe du traitement de l'épisode actuel ?
- Question 5** Que faut-il prévoir par la suite ?
- Question 6** Le patient a peur que cela lui arrive de l'autre côté. Que lui répondez-vous ?
- Question 7** Quelle est la pathologie générale susceptible d'entraîner des lithiases salivaires à répétition ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

20 points

Quels arguments cliniques vont confirmer formellement votre diagnostic ?

- Présence de pus :4 points
 - o à l'ostium du canal de Wharton droit.....3 points
 - o lors de la palpation de la région sous mandibulaire droite2 points
- Perception d'une lithiasse :4 points
 - o le long du trajet du canal de Wharton lors du palper bidigital4 points
- Perception d'un sillon entre la mandibule et la tuméfaction3 points

Question 2

15 points

Quels sont les autres éléments cliniques à rechercher en faveur de ce diagnostic de sous maxillite ?

- Notion d'antécédents de hernie ou de colique salivaire5 points
- Symptomatologie rythmée par les repas.....5 points
- Bon état dentaire et l'absence de foyers infectieux bucco-dentaires ou de carie non traités.....5 points

Question 3

10 points

Quel examen radiologique simple va confirmer ce diagnostic ?

- Cliché occlusal (mordu) :5 points
 - o antérieur et postérieur5 points

Question 4

26 points

Quel est le principe du traitement de l'épisode actuel ?

- Hospitalisation2 points
- Antalgiques par voie parentérale.....2 points
- Antibiothérapie :2 points
 - o parentérale.....2 points
 - o active sur les germes oropharyngés.....2 points
 - o bactéricide.....2 points
 - o à bonne diffusion salivaire2 points
 - o exemple : amoxicilline - acide clavulanique (3 g/j).
En cas d'allergie à la pénicilline, érythromycine (2 g/j)
+ métronidazole (1,5 g/j)4 points
- En cas de collection, drainage chirurgical par voie endobuccale ou par voie cervicale4 points
- On profitera de l'incision chirurgicale pour extraire la lithiasse du canal d'excrétion salivaire.....4 points

Question 5

10 points

Que faut-il prévoir par la suite ?

- À 6 semaines de l'épisode infectieux4 points
- Exérèse chirurgicale complète de la glande sous mandibulaire et du canal de Wharton sous anesthésie générale.....6 points

Question 6

10 points

Le patient a peur que cela lui arrive de l'autre côté. Que lui répondez-vous ?

- Aucun excès de risque de développer une lithiasé salivaire controlatérale.....10 points

Question 7

9 points

Quelle est la pathologie générale susceptible d'entraîner des lithiases salivaires à répétition ?

- Goutte9 points

COMMENTAIRES

Une maladie lithiasique salivaire peut très bien être découverte au stade d'infection (sous maxillite ou paratidite aiguë). Le plus souvent, il existe des antécédents de hernie ou de calique salivaire.

Les clichés radiologiques habituels peuvent mettre en évidence une ou plusieurs lithiases sur le trajet canalaire.

L'échographie cervicale est d'un appoint diagnostique intéressant en cas de doute. Elle permet de différencier une augmentation de volume de la glande d'un adénophlegmon ou d'un abcès d'origine dentaire.

Dossier 47

Une femme de 28 ans vous est adressée par son médecin généraliste pour un nodule localisé de la parotide gauche totalement asymptomatique, de découverte fortuite.

-
- Question 1** Quels sont les principaux arguments cliniques en faveur d'une tumeur bénigne de la parotide ?
- Question 2** Quel est type histologique de tumeur bénigne le plus fréquemment retrouvé dans la parotide ?
- Question 3** Quel bilan radiographique prescrivez-vous ?
- Question 4** Comment réaliser le diagnostic positif de cette tumeur parotidienne ?
- Question 5** Quel le principe du traitement de ce type de tumeur ?
- Question 6** Quelles sont les deux principales complications postopératoires tardives possibles d'une parotidectomie totale ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

26 points

Quels sont les principaux arguments cliniques en faveur d'une tumeur bénigne de la parotide ?

- Adulte jeune3 points
- Caractères du nodule :
 - o circonscrit3 points
 - o ferme3 points
 - o sans adhérence à la peau ni au plan profond3 points
 - o isolé3 points
 - o indolore3 points
- Absence d'adénopathie.....4 points
- Absence de paralysie faciale4 points

Question 2

10 points

Quel est type histologique de tumeur bénigne le plus fréquemment retrouvé dans la parotide ?

- Adénome pléomorphe..... 10 points

Question 3

12 points

Quel bilan radiographique prescrivez-vous ?

- IRM :.....8 points
 - o de la région parotidienne.....4 points

Question 4

12 points

Comment réaliser le diagnostic positif de cette tumeur parotidienne ?

- Étude histologique8 points
 - o de la totalité de la pièce de parotidectomie.....4 points

Question 5

20 points

Quel le principe du traitement de ce type de tumeur ?

- Sous anesthésie générale4 points
- Parotidectomie superficielle ou totale :.....4 points
 - o en fonction du siège de la tumeur4 points
- Avec conservation du nerf facial4 points
- Étude histologique de la pièce d'exérèse4 points

Question 6
20 points

Quelles sont les deux principales complications postopératoires tardives possibles d'une parotidectomie totale ?

- Paralysie faciale périphérique.....10 points
- Syndrome de Frei10 points

COMMENTAIRES

Tout nodule parotidien nécessite une exploration radiologique.

La grande majorité des tuméfactions parotidiennes sont bénignes.

L'absence d'argument clinique en faveur d'un cancer autorise la réalisation d'une cytoponction échoguidée.

L'IRM faciale est actuellement l'examen de choix car il est aussi performant dans la suspicion diagnostique que la cytoponction. En cas de non accessibilité de cet examen, une échographie permet de différencier nodule parenchymateux, adénopathie intraparotidienne et kyste salivaire.

La sialographie est encore pratiquée et permet, grâce à une sémiologie spécifique, de suspecter un type tumoral. Elle est de moins en moins effectuée dans cette indication.

Le syndrome de Freï est la survenue d'une rougeur et d'une sudation lors de l'insalivation du bol alimentaire. Il est dû à la repousse aberrante des fibres nerveuses sécrétoires de la parotide qui vont aller réinnervier les glandes sudoripares de la peau.

Dossier 48

Un homme de 62 ans vous consulte en urgence pour des douleurs dentaires en regard de la dent 46.

À l'examen, vous constatez l'existence d'un trismus à 15 mm et une sensibilité douloureuse à la percussion axiale de la dent 46 qui présente une volumineuse carie occlusale, avec « sensation de dent longue » et absence de douleur à la percussion transversale.

La douleur est augmentée par la chaleur et calmée par le froid. La dent ne répond pas aux tests de vitalité pulpaire.

L'interrogatoire de ce patient retrouve un rétrécissement aortique et une allergie à la pénicilline.

-
- Question 1** À quelle dent correspond la dent 46 ?
- Question 2** Quelle est la définition du trismus ?
- Question 3** Quel diagnostic évoquez-vous sur le plan dentaire ?
- Question 4** Quel bilan radiographique demandez-vous ? Qu'en attendez-vous ?
- Question 5** Quelle est la conduite à tenir en dehors de la prise en charge stomatologique ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

15 points

À quelle dent correspond la dent 46 ?

- 1^{re} : 3 points
 - o molaire 3 points
 - o mandibulaire 3 points
 - o droite 3 points
 - o permanente 3 points

Question 2

18 points

Quelle est la définition du trismus ?

- Limitation de l'ouverture buccale : 3 points
 - o temporaire 3 points
 - o due à une contracture 3 points
 - o des muscles élévateurs de la mandibule 3 points
 - o en rapport avec une maladie 3 points
 - o ou une infection en évolution 3 points

Question 3

13 points

Quel diagnostic évoquez-vous sur le plan dentaire ?

- Desmodontite : 7 points
 - o aiguë 4 points
 - o de la dent 46 2 points

Question 4

24 points

Quel bilan radiographique demandez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

- Bilan radiologique : cliché panoramique dentaire 8 points
- À la recherche :
 - o d'un épaissement du ligament alvéolodentaire 5 points
 - o d'une lésion apicale : 5 points
 - à type de kyste 3 points
 - ou de granulome en regard de la dent 46 3 points

Question 5

30 points

Quelle est la conduite à tenir en dehors de la prise en charge stomatologique ?

- Compte tenu du risque valvulaire :4 points
 - o il faut prévoir l'extraction de la dent 464 points
 - o après prophylaxie antibiotique contre l'endocardite6 points
- Dans la mesure où le patient est allergique à la pénicilline :4 points
 - o si l'extraction est réalisable sous anesthésie locale, il faut prescrire clindamycine 600 mg per os ou pristinaamycine 1 g per os à prendre une heure avant l'intervention6 points
 - o si une intervention sous anesthésie générale est nécessaire du fait du trismus, il faut prescrire vancomycine 1 g par voie veineuse en perfusion de 60 minutes dans l'heure précédant l'intervention ou teicoplanine 400 mg en intraveineuse directe6 points

COMMENTAIRES

Exemple de dossier où les réponses, simples et courtes, demandent une précision importante des termes.

Nécessité de bien connaître les différents types d'antibioprophylaxie de l'endocardite.